Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Unter ständiger Mitarbeiterschaft

von

L. Bayer (Brüssel), **A. T. Brady** (Sydney), **A. Bronner** (Bradford), **H. Burger** (Amsterdam), **A. Cartaz** (Paris), **O. Chiari** (Wien), **L. Góngora** (Barcelona), **G. Jonquière** (Bern), **F. Klemperer** (Strassburg), **A. Kuttner** (Berlin), **W. Landgraf** (Berlin), **G. M. Lefferts** (New-York), **H. Luc** (Paris), **N. Lunin** (St. Petersburg), **P. M'Bride** (Edinburgh), **E. J. Moure** (Bordeaux), **E. v. Navratil** (Budapest), **A. Rosenberg** (Berlin), **Ph. Schech** (München), **E. Schmiegelow** (Kopenhagen), **O. Seifert** (Würzburg), **R. Semon** (Jena) **G. Sentiñon** (Barcelona), **A. v. Sokolowski** (Warschau), **A. Toti** (Florenz)

herausgegeben

von

FELIX SEMON

London.

Elfter Jahrgang.

(Juli 1894 bis December 1895.)

Berlin, 1895.
Verlag von August Hirschwald.
NW. Unter den Linden 68.

Inhalt.

I. Leitartikel.

Seite

Ein Rückblick auf die Entwickelung der Laryngologie und Rhinologie in den Jahren 1884—1894 1
Literarische Ethik 149
Die anatomische Nomenclatur 943
Jahresbericht 1005

II. Referate.

Ss. 11—43, 61—92, 99—137, 154—203, 209—253, 273—314, 329—375, 387—436, 449—497, 505—551, 565—607, 625—669, 687—738, 755—805, 815—864, 887—930, 956—1000.

III. Kritiken und Besprechungen.

a) Lehrbücher:

J. Gouguenheim und J. Glover (Paris). Atlas de laryngologie et de rhinologie. Paris, Masson. Besprochen von B. Fränkel (Berlin) 138
Carl Zarniko (Hamburg). Die Krankheiten der Nase, ihrer Nebenhöhlen und des Nasenrachenraumes. S. Karger, Berlin. Besprochen von A. Rosenberg (Berlin) 139
E. Zuckerkandl (Wien). Normale und pathologische Anatomie der Nasenhöhle und ihrer pneumatischen Anhänge. 2. Auflage. 1893. W. Braumüller. Wien und Leipzig. Besprochen von O. Chiari (Wien) 204
Ch. Burnett (Philadelphia). System of the diseases of the ear, nose and throat. 1893. J. B. Lippincot u. Co. Besprochen von E. Clifford Beale (London) 205
J. Walker Downie (Glasgow). Clinical manual for the study of diseases of the throat. Glasgow. 1894. Besprochen von A. Kanthack (London) 436

Seite

F. de Havilland Hall (London). The diseases of the nose and throat. London. H. K. Lewis. 1894. Besprochen von Greville Mac Donald (London) 437

Grünwald (München). Atlas der Krankheiten der Mundhöhle, des Rachens und der Nase. München, J. F. Lehmann. 1894. Besprochen von O. Seifert (Würzburg) 438

Otto Seifert und Max Kahn (Würzburg). Atlas der Histopathologie der Nase, der Mundrachenhöhle und des Kehlkopfs. Wiesbaden, J. F. Bergmann. 1895. Besprochen von S. G. Shattock (London) 552

W. Watson Williams (Bristol). Diseases of the upper respiratory tract, the nose, pharynx and larynx. Bristol, John Wright u. Co. 1895. Besprochen von F. Semon (London) . . . 554

P. M'Bride (Edinburgh). Diseases of the throat, nose and ears. 2. Auflage. 1894. Young J. Pentland. Edinburgh und London. Besprochen von H. T. Butlin (London) . . . 607

Th. Flatau (Berlin). Nasen-, Rachen- und Kehlkopfkrankheiten. Leipzig, J. A. Barth. 1895. Besprochen von O. Seifert (Würzburg) 671

James B. Ball (London). A handbook of diseases of the nose and pharynx. 2. Auflage. Baillière, Tindall u. Co. London. 1895. Besprochen von F. de Havilland Hall (London) . 806

b) Monographien und grössere Aufsätze:

Marcel Lermoyez (Paris). Rhinologie, Otologie, Laryngologie à Vienne. Paris. Georges Carré. 1894. Besprochen von F. Semon (London) 326

Maximilian Bresgen (Frankfurt a. M.). Der Kopfschmerz bei Nasen- und Rachenleiden und seine Heilung etc. Langkammer. Leipzig. 1894. Besprochen von Dundas Grant (London) 439

Feer (Basel). Aetiologische Beiträge zur Diphtherie etc. Sallmann. Basel. 1894. Besprochen von Jonquière (Bern) . . . 440

Kuhnt (Königsberg). Ueber die entzündlichen Erkrankungen der Stirnhöhlen und ihre Folgezustände. Wiesbaden. J. F. Bergmann. 1895. Besprochen von O. Seifert (Würzburg) . . 551

Arthur Kuttner (Berlin). Larynxödem und ödematöse Laryngitis. Berlin. G. Reimer. 1895. Besprochen von F. Semon (London) 554

N. Ph. Tendeloo. Die Pathologie der Pharynx-Divertikel. Inaug.-Diss. Leiden. 1894. Besprochen von H. Burger (Amsterdam) 669

Th. Flatau und H. Gutzmann (Berlin). Die Bauchrednerkunst. Leipzig. A. Abel. 1894. Besprochen von O. Seifert (Würzburg) 671

Seite

Sturmann (Berlin). Klinische Geschichte der Pachydermia laryngis. Berlin. S. Karger. 1894. Besprochen von O. Seifert (Würzburg) 738

G. Treupel. Die Bewegungsstörungen im Kehlkopf bei Hysterischen. Jena. 1895. G. Fischer. Besprochen von H. Burger (Amsterdam) 738

Paul Tissier. L'ozène, son unité, ses lésions génératrices, son traitement. Schiller. Paris. 1894. Besprochen von Dundas Grant (London) 806

Thomas. Treatment of various diseases of the respiratory passages by intratracheal injections. Marseille. 1894. Barlatier und Barthelet. Besprochen von Dundas Grant (London) . . 808

IV. Congress- und Gesellschaftsberichte.

Pariser Gesellschaft für Laryngologie. 1883. Bericht von Moure . . . 43

Gesellschaft für Laryngologie etc. in Bordeaux. 1892—1893. Bericht von Moure 44

Französische Gesellschaft für Laryngologie. 1893. Bericht von Moure 44, 742

Laryngologische Section des XI. Internation. med. Congresses. Rom 1894. Bericht von Toti 48

Berliner laryngologische Gesellschaft. 1894—1895. Berichte von A. Rosenberg 91, 557, 608, 865

British Laryngological and Rhinological Association. 1893—1894. Bericht von Mackenzie Johnston und A. Bronner 96, 147, 809

Verein süddeutscher Laryngologen. 1894/95. Berichte von H. Werner und Eulenstein 140, 934, 1000

American Laryngological Association. 1893—1894. Berichte von G. Lefferts 264, 672

Londoner laryngologische Gesellschaft. Berichte von F. Semon . . . 264
558, 611, 747, 867

Pan-American Med. Congress. 1893. Section für Laryngologie u. Rhinologie. Bericht von G. Lefferts 314

66. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Wien. Section für Laryngologie und Rhinologie. 1894. Bericht von O. Chiari . . 376

Section für Halskrankheiten des V. Congresses russischer Aerzte. Petersburg 1894. Bericht von Lunin 497

Ungarische laryngo-otologische Gesellschaft. 1894. Berichte von v. Navratil 499, 930

British Medical Association. Section für Laryngologie und Otologie. Bristol 1894. Bericht von Watson Williams und W. Milligan . . . 872

V. Jahresversammlung belgischer Laryngologen und Otologen. Antwerpen 1894. Bericht von Bayer 931

Seite

V. Nekrologe.

M. Rossbach 272
J. J. G. van Oppenraag 272
Jacob Gottstein 445
Arthur E. Durham 681
Wilhelm Meyer 683
William C. Jarvis 942

VI. Briefkasten.

Personalia 58, 98, 272, 328, 564, 623, 754, 1004
Sammelforschung, betreffend die operative Behandlung bösartiger Kehlkopfneubildungen 58, 328
Programme laryngologischer Gesellschaften und Congresse . 60, 444, 503, 504, 623, 814
Benachrichtigung an die Verlagsbuchhandlungen 98
Larynxpapillome bei Kindern (Sammelforschung) 148, 272
Nachtrag zu dem Bericht über die laryngologische Section des XI. internat. medicin. Congresses 148
Aus der Sprechstunde 208
Jahresbankett der Londoner laryngologischen Gesellschaft 1895 444
Gründung einer Wiener laryngologischen Gesellschaft 502
Eine Berichtigung 502, 624
Wandtafeln für den laryngo-rhinologischen Unterricht 503
Handbuch der Laryngologie und Rhinologie 504
Eine Bitte (Dr. M. Bresgen) 504
Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Nasen-, Ohren-, Mund- und Halskrankheiten 564
Jahresbericht des Centralblatts 623
Zur Organisation der laryngologischen Sectionen internationaler medicinischer Congresse 681, 813
Das Wilhelm Meyer-Monument 812, 884, 940, 1004, 1050
Künstliche Nachahmung des Bildes der Posticuslähmung 812
Laryngologie und Otiatrie in Breslau 942
Die Laryngologie im Schlussexamen in Nordamerika 1004

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XI. Berlin, Juli. 1894. No. 1.

I. Ein Rückblick auf die Entwicklung der Laryngologie und Rhinologie in den Jahren 1884—1894.

In den zehn Jahren seit der Gründung des Internationalen Centralblatts für Laryngologie und Rhinologie haben sich nach verschiedenen Richtungen hin so bedeutende Veränderungen in der Stellung, dem Personal und der Entwicklung dieser beiden Zweige vollzogen, dass es wohl angemessen erscheint, einen Augenblick Halt zu machen und diese Veränderungen einer möglichst unbefangenen kritischen Betrachtung zu unterziehen. Diesem Zwecke sind die folgenden Zeilen gewidmet. Selbstverständlich kann es nur unsere Aufgabe sein, in grossen Zügen die wichtigeren Veränderungen Revue passiren zu lassen, welche sich im Laufe dieses Decenniums in einzelnen Gebieten vollzogen haben: ein Eingehen auf kleinere Details ist durch die Rücksicht auf den zur Verfügung stehenden Raum ausgeschlossen.

I. Die Stellung der Laryngologie nach Aussen.

Was zunächst die Stellung der Laryngologie nach Aussen anbetrifft, so haben wir erfreulicher Weise von einem Fortschritt nach den verschiedensten Richtungen hin und in den verschiedensten Staaten zu berichten. Als wir kurze Zeit nach der Gründung des Blattes aus den Federn berufener Fachgenossen Schilderungen über die Stellung der Laryngologie in den verschiedenen Culturländern brachten, fielen dieselben mehr oder minder, wie in einer derselben gesagt wurde, „grau in grau“ aus: überall Klagen über vollständig mangelnde oder zum wenigsten durchaus ungenügende Berücksichtigung des Faches in den Lehr- und Examinationsplänen; geringe Würdigung unserer Bestrebungen seitens des Gros der Aerzte selbst; geringes Interesse, oft genug eine theilnahmslose, vielfach selbst ablehnende Haltung seitens der Behörden. In unserem Leitartikel vom August 1887 (Centralblatt IV. S. 35) haben wir die Summe aus diesen einzelnen Berichten gezogen und nicht verschwiegen, dass die geschilderten unerfreulichen

Verhältnisse wohl theilweise auf der Schwierigkeit beruhten, die jede neue Specialität in der Medicin zu überwinden hat, ehe sie sich festen Boden sichert, theilweise aber auch unleugbar in den inneren Entwicklungsverhältnissen unseres Faches ihre Erklärung finden.

Dass ein gemeinsames gleichförmiges Vorgehen der Laryngologen aller Länder zu einer Besserung führen könnte, haben wir niemals geglaubt: die ganzen Unterrichts- und Prüfungsverhältnisse der einzelnen Staaten Europas und Amerikas sind viel zu verschieden, als dass sich überhaupt Vorschläge machen liessen, welche für alle Länder passten. Ein Antrag, der gelegentlich des römischen Congresses gestellt wurde, bei den Behörden aller Länder um grössere Berücksichtigung der Laryngologie und Rhinologie im Lehr- und Prüfungsplane des medicinischen Unterrichts zu petitioniren, wurde daher auch einfach ad acta gelegt, da Niemand sich der Einsicht verschliessen konnte, dass ein solches Vorgehen practisch unausführbar sei. Wohl aber hat es im Laufe der letzten zehn Jahre an Zeichen nicht gefehlt, dass sich fast überall die Unterrichtsministerien, die Prüfungsbehörden, die Hospitalleitungen, die einzelnen Collegia und medicinischen Körperschaften, welche in England und Amerika den staatlichen Behörden des Continents entsprechen, nicht länger der Einsicht verschliessen, dass unserem Specialfache eine grössere Berücksichtigung gebührt, und so ist es unsere erfreuliche Pflicht gewesen, von Zeit zu Zeit von Fortschritten in der äusseren Stellung der Laryngologie berichten zu können, welche sich in den verschiedensten Ländern bemerkbar gemacht haben. Es sind Professuren für Laryngologie geschaffen, an anderen Universitäten Lehraufträge für Laryngologie ertheilt worden, an Hospitälern, an welchen früher die Laryngologie überhaupt keine besondere Vertretung fand, oder an welchen nur beiläufig von einem Nichtspecialisten das Fach vertreten wurde, sind Specialärzte angestellt worden, bei den Prüfungen ist die Laryngologie und Rhinologie mehr und mehr berücksichtigt worden, und wenn man die heutigen Zustände mit denen vor zehn Jahren vergleicht, so kann man als Summe einen erheblichen Fortschritt constatiren. Freilich ist derselbe, der Natur der Sache gemäss, ein stückweiser gewesen, und auch die weitere Entwicklung dürfte sich in ähnlicher Weise vollziehen; wenn wir aber in angemessener Weise fortfahren, die Wichtigkeit laryngologischer und rhinologischer Kenntnisse auch für den allgemeinen Arzt zu betonen, so wird sich — davon sind wir überzeugt — schliesslich eine Stellung für unser Specialfach ergeben, mit welcher wir zufrieden sein können.

Allerdings dürfen wir nicht auf unseren Lorbeeren ruhen: der sich bis auf die jüngsten Tage immer wiederholende Kampf, welchen wir bei Gelegenheit der internationalen medicinischen Congresse und auch bei den engeren Versammlungen der einzelnen Länder um unsere Selbstständigkeit bei der Einrichtung der Sectionen zu bestehen haben, zeigt deutlich genug, dass unsere Stellung auch heute noch nicht eine völlig gesicherte ist, und bei jeder neuen Gelegenheit dieser Art werden die Laryngologen des betreffenden Landes „en vedette“ zu stehen haben, um unserer Specialität bei diesen Versammlungen die ihr gebührende Stellung zu verschaffen.

Einen enormen Aufschwung haben in den verflossenen zehn Jahren die

engeren Vereinigungen der Laryngologen der einzelnen Länder genommen. Während zur Zeit der Gründung unseres Blattes nur die „American Laryngological Association“ und die „Société française d'Otologie et de Laryngologie“ existirten, sind seitdem zwei weitere französische und eine amerikanische Gesellschaft, zwei deutsche, zwei englische, eine belgische, eine holländische, eine italienische und eine ungarische Gesellschaft gegründet worden, welche ausschliesslich oder gemeinsam mit der Otologie den Zwecken der Laryngologie gewidmet sind. Wir haben bei früheren Gelegenheiten (vergl. Centralblatt Vol. II. p. 294, Vol. IV. p. 294, Vol. IX. p. 473) unsere Bedenken hinsichtlich der allzu grossen Concentrirung unserer wissenschaftlichen Interessen in Specialgesellschaften nicht verhehlt, und die Erfahrungen, welche z. B. in London seit der Gründung der „London Laryngological Society“ gemacht worden sind, haben die Berechtigung unseres schwersten Bedenkens in ganz eclatanter Weise bestätigt: es wird vielleicht manchen Lesern des Centralblatts aufgefallen sein, wie enorm sich seit der Gründung dieser Gesellschaft die Zahl der in den allgemeinen Gesellschaften Londons gehaltenen Vorträge von laryngo-rhinologischem Interesse vermindert hat. Dass diese Isolirung uns im weiteren Kreise der Aerzte nicht nutzbringend sein kann, liegt auf der Hand; es ist indessen unmöglich, sich dem Zuge der Zeit zu widersetzen, und unleugbar hat die Gründung specieller laryngologischer Gesellschaften, die in einzelnen Fällen eine Nothwendigkeit sein mag, andere beträchtliche Vortheile im Gefolge.

Ebenso wie diese Gesellschaften hat sich auch die specielle periodische Literatur der Laryngologie im Laufe des letzten Decenniums vermehrt: zur Zeit der Gründung des Centralblatts bestanden nur ein deutsches, zwei französische und ein italienisches Specialjournal; gegenwärtig zählen wir, soweit bekannt, drei in in deutscher Sprache erscheinende, vier französische, ein englisches, zwei amerikanische, zwei spanische, drei italienische Journale, die entweder ganz oder zum grossen Theile den Interessen der Laryngologie und Rhinologie gewidmet sind.

II. Personalveränderungen.

Der Personalveränderungen in unserem Gebiete sind im Laufe der letzten zehn Jahre viele gewesen.

Wir haben — in chronologischer Ordnung — den Hingang von Louis Elsberg, Ernst Burow, Edouard Fournié, A. Böcker, W. Hack, Raphael Ariza, Hugo Rühle, Rudolf Voltolini, Zoltan Jélenffy, P. O. Michelson, Sir Morell Mackenzie, Franklin F. Hooper, Johann Schnitzler, Julius Sommerbrodt unter den älteren und best gekannten Laryngologen zu beklagen, während auch unter den jüngeren und viel versprechenden Talenten der Tod eine reiche Beute eingeheimst hat. Es sind hier die Namen von E. Blanc, Llewellyn Thomas, Czarda, Thaon, Edwyn Andrew, Ethelbert Carroll Morgan, A. Krakauer, Julius von Beregszascy zu nennen. Die Lücken aber, welche durch diese Todesfälle in unsere Reihen gerissen sind, werden constant durch jungen Nachwuchs ausgefüllt; unaufhörlich strömen enthusiastische Recruten zu den Fahnen der Laryngologie, und manche

vor zehn Jahre unbekannte Namen werden heute mit Hochachtung unter den Führern unserer Specialität genannt.

III. Die wissenschaftliche Entwicklung der Laryngologie im letzten Decennium.

Die zehn Jahre, 1884—1894, bedeuten einen beträchtlichen Fortschritt im Wissen und Können der Laryngologie, einen Fortschritt, der sich freilich nicht in allen Kapiteln dieser beiden Zweige völlig gleichmässig vollzogen hat, sondern der einzelnen derselben zu früher ungeahnter Bedeutung verholfen, andere ihrer vermeintlichen Wichtigkeit gänzlich oder zum grossen Theile entkleidet hat, wiederum an anderen ziemlich spurlos vorübergegangen ist. Eine solche Entwicklung liegt indessen in der Natur der Sache: während gewisse Gebiete zeitweise so vollständig ausgebaut zu sein scheinen, dass nichts Neues über sie beizubringen ist, wird die allgemeine Aufmerksamkeit plötzlich durch eine völlig originelle Arbeit auf eine bis dahin unbeachtet gebliebene Frage eines anderen Gebietes gelenkt, viele Beobachter widmen sich dieser Frage mit Feuereifer, es erscheinen zahlreiche, oft zahllose Beiträge über sie, zunächst gewöhnlich zustimmenden, ja die ursprünglichen Angaben noch überbietenden Charakters; dann wagt sich allmälig die Kritik, zuerst schüchtern, dann bestimmter auftretend, an die neue Frage heran; es entsteht ein mehr oder minder erbitterter Kampf zwischen den Anhängern der verschiedenen Richtungen, und endlich verläuft sich die Hochfluth, indem sie in einzelnen Fällen die Novität als hoffnungsloses Wrack auf dem Triebsand der durch sie verursachten Eintagsliteratur zurücklässt, in anderen sie als neue gesicherte Errungenschaft in das breite Flussbett unseres allgemein anerkannten Wissens und Könnens mit sich fortführt. Das ist ein Gesetz menschlichen Fortschritts in den verschiedensten Gebieten; ihm begegnen wir auch constant in dem kleinen Winkel unserer Specialthätigkeit, und das Decennium 1884 bis 1894 liefert hierfür eine Anzahl der lehrreichsten Beweise.

Wir wollen nunmehr diese Entwicklung an der Hand des allgemeinen Eintheilungsplans unseres Blattes in grossen Zügen zu analysiren versuchen.

a) Allgemeines.

Es kann nicht dem geringsten Zweifel unterworfen sein, dass in dieser Rubrik die Einführung des Cocains in unser Instrumentarium den Ehrenplatz unter den Errungenschaften der letzten zehn Jahre in Anspruch nimmt. Fast allein von allen neuempfohlenen Medicamenten und Methoden hat dieses unschätzbare Mittel der Lokalanästhesie die Stellung, die es vom ersten Augenblicke seiner Einführung an einnahm, zu bewahren gewusst, allgemeine Anerkennung und allgemeinen Gebrauch gefunden, alle Concurrenzmittel siegreich aus dem Felde geschlagen. Die ältere Generation der Laryngologen, die viele Jahre hindurch ein solches Anästheticum sehnlichst gewünscht hatte, weiss den mittelst des Cocains diagnostisch und therapeutisch erzielten Fortschritt vielleicht noch mehr zu würdigen, als die jüngere, welche die locale Anästhesie als etwas selbstverständliches betrachtet.

Andere Mittel und Methoden, wie die Chromsäure, die Trichloressigsäure,

die Anilinfarben, das Kreolin, die Sozojodolpräparate, das Europhen etc. haben es zu einer anerkannten Stellung in unserem Arzneischatz gebracht, ohne dass der allgemeine Einfluss, den sie auf unser Können geübt haben, sich mit dem des Cocains vergleichen liesse.

Die Massage der Respirationsschleimhäute ist noch vollständig sub judice: Die hochgespannten Erwartungen, mit denen man nach den ersten Mittheilungen an diese Methode herantreten durfte, haben sich jedenfalls nicht allgemein erfüllt, und die Stimmen über ihre allgemeine Brauchbarkeit sind auch heute noch sehr getheilter Natur.

Die Galvanocaustik, wie überhaupt der Gebrauch der Electricität in den verschiedensten Formen (Erleuchtung, Electrolyse, Faradisation etc.) hat von der allgemeinen Einführung der Electricität für Beleuchtungszwecke in den grösseren Städten den erheblichsten Nutzen gezogen, indem die direkte Verwendung der electrischen Kraft von einer Centralstelle aus es den bevorzugten Specialisten, die in solchen grösseren Städten leben, ermöglicht hat, sich der lästigen Batterien zu entledigen und einen absolut gleichmässigen electrischen Strom in jedem Augenblick zur Hand zu haben.

Ueber die Intubation als Methode ist ein abschliessendes Urtheil in diesem Augenblicke noch kaum möglich, obwohl sie sich zweifelsohne — auch abgesehen von ihrer Verwendung bei der Diphtheritis — eine sehr bemerkenswerthe Stellung unter unseren therapeutischen Methoden erworben hat.

Endlich hat die Influenza uns in den verschiedensten Kapiteln unsers Specialfachs eine Anzahl von acuten und chronischen Complicationen kennen gelehrt, welche sonst gar nicht oder jedenfalls nur höchst selten zur Beobachtung kommen.

b) Nase und Nasenrachenraum.

Den Löwenantheil unter den Umwälzungen unserer Anschauungen innerhalb der letzten zehn Jahre beansprucht jedenfalls die ganze Lehre von den Nasenkrankheiten. Ein Vergleich zwischen einem rhinologischen Lehrbuch des Jahres 1884, wie dem Morell Mackenzie'schen, welches derzeit gewiss beanspruchen durfte, als völlig repräsentativ für unser damaliges Wissen zu gelten, mit irgend einem der gegenwärtig modernen Lehrbücher beweist dies auf's Schlagendste. Was damals repräsentativ erschien, muthet uns heute schon als theilweise ganz veraltet an. In der That ist seitdem eine Generation von Specialisten herangewachsen, welche nicht mehr ihren Schwerpunkt auf dem laryngologischen Gebiete im engeren Sinne sucht, und die Rhinologie gewissermassen nur als jüngeren Sohn gegenüber dem Majoratsherrn, der Laryngologie, gelten lässt, sondern welche vor allen Dingen Rhinologen sind, und die Laryngologie wie eine mehr oder minder erschöpfte Mine betrachten. Ob die Zukunft die Berechtigung einer solchen Anschauung erweisen wird, erscheint dem Schreiber dieser Zeilen äusserst fraglich: so bereitwillig er die grossen Fortschritte anerkennt, welche die letzten zehn Jahre ganz speciell auf rhinologischem Gebiete in unserem Wissen und Können zu Tage gefördert haben; so sehr er sich freut, früher entweder missverstandene oder für unheilbar gehaltene Affectionen einer besseren Diagnose und Behandlung zugänglich gemacht zu sehen; so gern er die verhältnissmässige

Häufigkeit quälender Nasenleiden zugiebt, so glaubt er auch heute nicht, dass die Rhinologie mit der Laryngologie, sei es im Hinblick auf wissenschafliches Interesse, sei es hinsichtlich der Schwere der in Frage kommenden Krankheiten, und besonders auch der diagnostischen Rolle der Affectionen beider Theile bei allgemeinen Krankheiten in Parallele gestellt werden kann.

Ein näheres Eingehen auf diesen Punkt würde uns indessen zu weit abführen; ausserdem ist es immer misslich, den Propheten zu spielen. Nach weiteren zehn Jahren werden die Thatsachen vielleicht beredter sprechen, als alle heute angestellten theoretischen Reflexionen. Jedenfalls ist es aber heute schon äusserst belehrend, die Wechselfälle zu verfolgen, welche die Rhinologie im letzten Decennium durchgemacht hat.

Als etwa gleichzeitig mit der Gründung des Centralblatts der zu früh verstorbene Hack sein Werk über die nasalen Reflexneurosen veröffentlichte, entstand zunächst ein Sturm des Enthusiasmus, der uns heute bei nüchterner Betrachtung kaum mehr verständlich erscheint. Es gab keine obscure Neurose des ganzen Körpers, welche nicht nach dem Glauben und auch nach den publicirten praktischen Erfahrungen der Apostel der neuen Lehre von der Nase ausgehen konnte; unzähligen unglücklichen Neurasthenikern wurde die Nase ausgebrannt, und diejenigen, welche gleich von Anfang an den Muth hatten, gegen Uebertreibung zu warnen, wurden von gar manchen Seiten als überlebte Reactionäre betrachtet. — Was ist nun heute, kaum zehn Jahre später, aus alle dem geworden? Dem Rausche ist eine ziemlich allgemeine Ernüchterung gefolgt, und die nasalen Reflexneurosen spielen heute, ausser bei einigen unheilbaren Enthusiasten, nur noch eine verhältnissmässig bescheidene Rolle in den Anschauungen und in den Lehrbüchern.

Leider wurde die von ihnen freigelassene Stelle fast unmittelbar darauf mit gleichem Enthusiasmus für die Leisten und Verbiegungen der Nasenscheidewand in Anspruch genommen; eine Periode, die wir auch noch im gegenwärtigen Augenblicke nicht vollständig überwunden haben, und die für das Ansehen unserer Specialität ebenso viel Bedenkliches in sich trägt, als die vorhergehende Periode der nasalen Reflexneurosen. Man missverstehe uns nicht! — Wir haben gewiss nichts dagegen einzuwenden, dass man in Fällen von thatsächlicher Behinderung der Nasenathmung durch Verkrümmungen oder Auswüchse der Scheidewand diese Behinderung zu heben sucht, und erkennen gewiss dankbar an, dass durch die technischen Fortschritte der letzten zehn Jahre dies in erhöhtem Grade möglich geworden ist; nicht nur nach eigenen persönlichen Erfahrungen aber, sondern auch nach denen anderer Fachgenossen in den verschiedensten Ländern möchte der Schreiber dieser Zeilen mit Bestimmtheit behaupten, dass gegenwärtig operative Eingriffe theilweise schwerer und langdauernder Art nicht eben selten nicht auf Fälle der eben beschriebenen Kategorie beschränkt, sondern auch in solchen Fällen in Anwendung gezogen werden, in welchen von einer wirklichen Obstruction nicht die Rede sein kann, und in welchen die Irregularitäten des Septums für Klagen verantwortlich gemacht werden, in denen das Urtheil nicht nur des allgemeinen praktischen Arztes, sondern auch das des objectiven Specialisten beim besten Willen nicht die geringste rationelle Möglichkeit eines

Zusammenhangs zwischen der Deformität des Septums und den Beschwerden finden kann, wegen welcher der Leidende den Arzt consultirt! — Noch bedenklicher wird diese Frage durch die unglückselige, neuerdings aufgestellte Theorie, welcher zufolge in dem Zustand der Nasenwege der Schlüssel für das richtige Verständniss und die erfolgreiche Behandlung der Majorität der Rachen- und Kehlkopfleiden zu finden sein soll! — Wir bezweifeln keinen Augenblich, dass diese Theorie in gutem Glauben aufgestellt worden ist und gewiss wird auch kein verständiger Specialist z. B. in einem Falle von Pharyngitis sicca mit gleichzeitiger Obstruction der Nase nur das Rachenleiden behandeln, der Nase keine Beachtung schenken; kein Mann von praktischer Erfahrung aber kann sich, denken wir, der Einsicht verschliessen, dass in der generellen Verwerthung dieser Theorie eine Quelle des ärgsten Missbrauchs in den Händen gewissen- oder urtheilsloser Specialisten gegeben ist! — Es kommt Jemand mit Halsbeschwerden zum Specialisten; im Zustande der Halsorgane selbst wird im einen Falle nichts abnormes gefunden, während im anderen deutliche Veränderungen zu constatiren sind; daneben aber zeigt die Nase des Kranken, über welche derselbe niemals Beschwerden zu führen gehabt hat, in beiden Klassen von Fällen unbedeutende Veränderungen des Baues, wie sie sich thatsächlich in den Nasen der meisten Menschen finden. Sofort werden diese Veränderungen für das vermeintlich secundäre Halsleiden verantwortlich gemacht, und eine mehr oder minder eingehende Behandlung der Nase vorgenommen. Genau dasselbe gilt in vielen Fällen für die nasale Behandlung obscurer oder unheilbarer Ohrenleiden, wie der Schreiber dieser Zeilen erst kürzlich wieder von verschiedenen bekannten Otologen mehrerer Länder gehört hat. — Unglücklicherweise leidet unter solchen Ausschreitungen nicht nur der übereifrige Specialist persönlich, welcher in der Nase den Mittelpunkt aller therapeutischen Thätigkeit sucht, sondern der Ruf unserer ganzen Specialität! — Und obwohl die vorhergehenden Ausführungen heftigen Zorn auf das Haupt des Schreibers dieser Zeilen heraufbeschwören mögen, so hält er es für seine Pflicht, bei einer Gelegenheit wie der gegenwärtigen, nicht mit Stillschweigen an diesem wunden Fleck vorüberzugehen, sondern im Gegentheil denselben unumwunden aufzudecken, da er weiss, dass seine Schilderung nicht nur localen Verhältnissen, sondern leider nur zu verbreiteten Missbräuchen entspricht, und da er überzeugt ist, dass ein Protest gegen solche Ausschreitungen aus der Mitte unserer eigenen Specialität kommen muss! — —

Was die übrigen mit der Nase und dem Nasenrachenraum zusammenhängenden Fragen anbetrifft, die im Laufe des letzten Decenniums eine weitere bedeutende Ausbildung erfahren haben, so sind hier in erster Linie die Krankheiten der Nebenhöhlen der Nase zu nennen, deren Kenntniss im modernen Sinne thatsächlich ein Ergebniss der Forschungen dieses letzten Decenniums ist. Die Fortschritte in der Diagnostik und Behandlung dieser Affectionen gehören zu den erfreulichsten und bedeutendsten Leistungen unserer Specialität im Laufe der letzten zehn Jahre.

Auch unsere Kenntniss von der Bacteriologie der Nase hat in dieser Periode Fortschritte gemacht. Ist es uns auch noch nicht gelungen, den specifischen

Krankheitserreger der Ozaena zu finden, so ist dies wohl nur eine Frage der Zeit, und der Rhinosklerombacillus gehört zu unseren gesicherten Errungenschaften.

Was die Krankheiten des Nasenrachenraums anbelangt, so hat sich die Bursitis des Recessus pharyngeus medius als eine Krankheit sui generis unter den Affectionen dieses Theils dem allgemeinen Urtheil nach nicht zu behaupten gewusst, während die adenoiden Vegetationen, deren Diagnose und Behandlung zu Anfang des in Rede stehenden Zeitraums nur einem verhältnissmässig kleinen Theil der Aerzte zugänglich war, jetzt so sehr zum Allgemeingut geworden ist, dass heutzutage vielfach operirt wird, wo eine dringende Nothwendigkeit dem Urtheil Anderer nach vielleicht nicht vorliegen dürfte. — Ueber die zweckmässigste Art der Operation, die Lagerung des Patienten, die zum Gebrauch kommenden Instrumente, die Anwendung einer allgemeinen Narkose etc. gehen die Ansichten auch heute noch sehr auseinander.

Wir können diesen Abschnitt nicht schliessen, ohne der im letzten Decennium erschienenen zahlreichen trefflichen Lehrbücher der Nasenkrankheiten, zu gedenken.

c) Mundrachenhöhle.

Während auf dem Gebiete der Nasenkrankheiten eine so reiche Thätigkeit geherrscht hat, wie die im vorigen Abschnitt beschriebene, hat die Lehre von den Affectionen der Mundrachenhöhle ein verhältnissmässig beschauliches und friedliches Dasein geführt, ungestört von vielen Neuerungen. Die vielleicht interessanteste Frage, die uns hier aufstösst, nämlich die nach dem ätiologischen Zusammenhange der bisher als verschieden aufgefassten infectiösen Anginen, ist zu einem Abschluss noch nicht gediehen. — Grössere Beachtung als früher haben die Mykosen des Mundes und Rachens, sowie die Affectionen der Zungentonsille gefunden. Im Uebrigen aber ist von bahnbrechenden Entdeckungen, epochemachenden neue Behandlungsmethoden etc. nichts zu berichten.

d) Diphtheritis.

In diesem Kapitel ist zunächst der Nachweis des Klebs-Löffler'schen Bacillus als Krankheitserreger, sowie zweitens die Einführung der Intubation als Alternativums für die Tracheotomie hervorzuheben, über welch' letztere ein abschliessendes Urtheil auch in diesem Augenblicke noch nicht möglich ist, wenngleich es sich schon jetzt zur Evidenz herausgestellt hat, dass sie wohl in manchen geeigneten Fällen als Substitut für die Tracheotomie in Anwendung gezogen werden kann, ohne letztere Operation jedoch vollständig ersetzen oder verdrängen zu können. Von den tausend und einem neuen und alten Mitteln, die im Laufe des letzten Jahrzehnts als „unfehlbares" Radicalmittel angepriesen worden sind, hat kein einziges sich das Bürgerrecht zu verschaffen vermocht.

e) Kehlkopf und Luftröhre.

Auf diesem Gebiete begegnen wir vielem frischen Leben. Die feinere Anatomie der Theile hat durch neuere histologische Arbeiten wesentliche Bereicherungen erfahren; die Physiologie ganz neue, zum Theil ungeahnte Aufschlüsse erhalten; die zur Zeit der Gründung des Centralblatts eben angebahnte Kenntniss von der corticalen Innervation des Kehlkopfs ist seitdem beträchtlich weiter ge-

fördert worden, wenngleich andererseits in solch' elementaren Fragen, wie der nach dem Ursprung der motorischen Kehlkopfnerven neuere Forschungen wiederum neue Zweifel wachgerufen haben.

Unsere Kenntniss von der acuten und chronischen Laryngitis, von der Syphilis und Perichondritis des Kehlkopfs, von den Kehlkopfkrankheiten bei den acuten Infectionskrankheiten, von den Wunden und Fracturen des Larynx, sowie von den gutartigen Neubildungen und den Fremdkörpern hat eine wesentliche Bereicherung nicht erfahren.

Dagegen ist die Therapie der Kehlkopftuberculose Dank der Einführung der Milchsäure und der Curettage von dem früheren Nihilismus in eine sehr active Thätigkeit umgeschlagen, welche es sogar befürchten lässt, dass man auf der Seite des an sich durchaus berechtigten und in vielen Fällen von schönen Erfolgen gekrönten chirurgischen Vorgehens zu weit gehen mag. — Unserer Anschauung nach befinden wir uns in dieser Frage in einem Uebergangsstadium, und es sollte niemals vergessen werden, dass unsere ganze gegenwärtige Therapie dieses Leidens von einem höheren Standpunkt aus betrachtet, doch nur eine palliative ist. Von einer wirklichen „Heilung" der Kehlkopftuberculose wird man erst sprechen können, wenn es gelungen sein wird, die Koch'sche Idee zu Verwirklichung zu bringen, und ein Mittel zu finden, das den Bacillus der Tuberculose im Körper selbst tödtet, ohne die Gewebe zu schädigen. So bedauerlich es auch ist, dass der erste Versuch diese schöne Idee zu verwirklichen nicht geglückt ist, so dürfen wir die Hoffnung nicht aufgeben, dass dieses uns in nicht zu ferner Zeit gelingen wird.

Ein völlig neues klinisches Krankheitsbild aus dem Laufe des letzten Jahrzehnts ist die Virchow'sche Pachydermie, welche sich bereits einer ganzen Literatur rühmen kann. Es darf aber nicht verschwiegen werden, dass gegen die Berechtigung, das Leiden als eine besondere Krankheit aufzufassen, neuerdings gewichtige Stimmen sich erheben.

Der traurige Fall des Kaisers Friedrich, der die Aufmerksamkeit der ganzen Welt auf die Laryngologie lenkte, hat zunächst zu einer besseren Kenntniss der Frühformen des Kehlkopfkrebses geführt, sodann auch zur endgültigen Entscheidung der Frage, ob intralaryngeale Eingriffe ipso facto eine bösartige Umwandlung früher gutartiger Kehlkopfneubildungen zu Stande bringen können. Mit der Vervollkommnung der Diagnostik hat die Therapie dieses schrecklichen Leidens weitere bedeutsame Fortschritte gemacht. Es ist heutzutage bei einem internen, frühzeitig diagnosticirten Kehlkopfkrebs in einer verhältnissmässig grossen Anzahl von Fällen möglich, mit der Thyreotomie auszukommen, deren Technik und Nachbehandlung ebenfalls bedeutende Fortschritte gemacht hat.

Was endlich die Neurosen des Kehlkopfs anbelangt, so ist auf diesem Gebiete im Laufe des letzten Jahrzehnts vieles geleistet worden, wenngleich noch eine Anzahl der wichtigsten Fragen ihrer definitiven Lösung harren. Der langjährige Streit nach der Natur der Medianstellung des Stimmbandes bei Fällen von centralen oder peripheren, organischen Schädlichkeiten, welche die Wurzeln oder Stämme der motorischen Kehlkopfnerven treffen, ist gegenwärtig wohl nach der Meinung der meisten Laryngologen in dem alten Sinne als erledigt zu betrachten.

demzufolge diese Medianstellung der Ausdruck einer primären Paralyse, gefolgt von secundärer Antagonistencontractur, ist. Zahlreiche Beobachter hat die Frage der Kehlkopfstörungen bei Tabes gefunden, in deren Kenntniss wir beträchtlich weiter vorgerückt sind.

Die Literatur der Kehlkopfkrankheiten ist im Laufe der letzten zehn Jahre durch zahlreiche Lehrbücher in allen Sprachen bereichert worden, von denen einzelne mit grosser Schnelligkeit durch viele Auflagen gegangen sind.

f) Schilddrüse.

Wohl auf keinem Gebiete der ganzen Medicin haben sich im Laufe des letzten Jahrzehnts so überraschende Aenderungen vollzogen, als in dem der Schilddrüsenkrankheiten, wenngleich in der engeren laryngologischen Literatur verhältnissmässig wenig hiervon zu bemerken ist. Als der Herausgeber dieses Blattes vor zehn Jahren den Satz aufstellte, dass der endemische Cretinismus, das Myxödem der Engländer und der nach der Kropfexstirpation beobachtete Zustand mit einander identisch seien, und sämmtlich dem Ausfall der Schilddrüsenfunction ihren Ursprung verdankten, wurde dieser Satz ganz allgemein ungläubig aufgenommen, vielfach belächelt. Heute, zehn Jahre später, ist er nicht nur allgemein anerkannt, sondern hat in den Resultaten der Einverleibung von Schilddrüsensubstanz in den durch Krankheit resp. Operation der Schilddrüse beraubten Organismus die glänzendste denkbare Bestätigung erfahren, während weiterhin man gegenwärtig berechtigt ist, die Basedow'sche Krankheit umgekehrt als durch excessive Thätigkeit der Schilddrüse bedingt zu betrachten. Es ist diese ganze Frage eines der fascinirendsten Kapitel der ganzen modernen Medicin.

Bedeutende Fortschritte hat auch die Technik der Kropfexstirpation gemacht, doch ist dies eine Frage von mehr chirurgischem als specialistischem Interesse.

g) Oesophagus.

Unsere Kenntniss von den Oesophagusleiden ist im Laufe der letzten zehn Jahre eine ziemlich stationäre geblieben, und nur die Einführung der Dauersondentherapie ist als ein therapeutischer Fortschritt in einer leider nur kleinen Zahl geeigneter Fälle zu betrachten.

Die vorstehende Schilderung konnte, wie wir schon in unserem letzten Leitartikel betont haben, mit Rücksicht auf den uns zu Gebote stehenden Raum nur eine kurze sein. Sie bezweckt nur, dem wissenschaftlichen Wanderer, der bei seiner aufwärtsstrebenden Thätigkeit einen Augenblick rastet, einen Rückblick über den von einem bestimmten Punkte aus zurückgelegten Weg zu geben, und in ihm einerseits die Frage anzuregen, ob dieser Weg nach allen Beziehungen hin der zweckmässigste gewesen sei, andererseits diejenigen Punkte zu fixiren, welche voraussichtlich bei der Fortsetzung seiner Pilgerfahrt in nächster Zukunft berührt werden dürften.

Felix Semon.

II. Referate.

a. Allgemeines, äusserer Hals etc.

1) **Beausoleil. Statistik der in der Klinik der medicinischen Fakultät von Bordeaux 1891—1892 beobachteten Kehlkopf-, Nasen- und Ohrenkrankheiten. (Statistique des maladies du larynx, des oreilles et du nez observées à la clinique de la Faculté de Médecine de Bordeaux de 1891 à 1892.)** *Revue de Laryngologie. No. 7, 8, 9. 1893.*

B. giebt erst die Zahlen der in der Klinik selbst und der ambulatorisch behandelten Kranken und führt dann die hauptsächlichsten Fälle, sowie die chirurgischen und medicamentösen Behandlungsmethoden, die zur Anwendung kamen, auf.

E. J. MOURE.

2) **Jahrbuch der Wiener k. k. Krankenanstalten.** I. Jahrgang. 1992. W. Braumüller. 1898.

Von dem überreichen Material will ich nur weniges erwähnen: Sklerosen an den Lippen wurden 2mal, Sklerosen an der Tonsille 1mal beobachtet. Larynxpolypen wurden 11mal operirt, Papillomata 5mal, 1 Fall von Lepra zeigte neben Hauterscheinungen Verdickungen der Lippen und des Septum narium sowie beider Nasenflügel (Kaposi). Kaposi berichtet auch über einen Fall von Rhinoscleroma, bei dem die linke Choane durch einen rothen Tumor verengt, die Nasengänge vorne durch weichere Geschwulstmassen verlegt, die Gaumenbögen, das Velum und die Uvula aber schon narbig verschrumpft nach rückwärts gezogen waren. 4mal betraf Pemphigus foliaceus den Mund, 1mal trat daselbst der P. vulgaris auf.

CHIARI.

3) **Watheimber** (München). **Ueber den submaxillären Mumps.** *Münchn. medic. Wochenschr. No. 35. 1893.*

Das Gift der Parotitis befällt nicht selten auch andere Speicheldrüsen, so namentlich die Submaxillaris und Sublingualis, ja zuweilen nur die cervicalen Lymphdrüsen oder die Hoden. W. beobachtete drei derartige Fälle, in einem specieller mitgetheilten beide Submaxillares betreffenden und mit hohem Fieber verlaufenden Falle erkrankte die Mutter des Patienten 15 Tage nachher an regelrechter Parotitis. Eine Verwechselung mit sympathischer Drüsenschwellung ist meist nur im Anfange möglich.

SCHECH.

4) **Wacher. Contagiöse Schwellung der Glandula submaxillaris.** *Münchn. med. Wochenschr. No. 35. 1893.*

Mittheilung zweier Fälle von infectiöser Schwellung beider Submaxillares bei Geschwistern, deren Mutter später an Parotitis ohne Betheiligung der Submaxillares erkrankte.

SCHECH.

5) **J. Peck. Unzeitige Frucht mit Nackencysten.** Dissertat. Königsberg. 1893.
Dem Referenten nicht zugänglich. SEIFERT.

6) **Edward J. Kuh. Eine gemeinsame Aetiologie der entzündlichen Krankheiten des Respirationstractus. (A common etiology in the inflammatory diseases of the respiratory tract.)** *Phil. Med. News. 25. Nov. 1893.*

Obgleich K. bakteriologische Beweise dafür nicht erbringen kann, scheint ihm doch aus Analogie mit ähnlichen Erkrankungen und aus der klinischen Beobachtung mit Sicherheit und Nothwendigkeit der Schluss hervorzugehen, dass die entzündlichen Ursachen der Coryza, Tonsillitis, Laryngitis, Tracheitis und Bronchitis inhalirt werden. Die Ubiquität des organischen Staubes, der mit Bakterien beladen ist, muss als einfachste und nothwendigste Ursache dieser Entzündungen angesehen werde. LEFFERTS.

7) **J. H. Woodward. Tuberkelbacillen und die Diagnose der Tuberkulose der Luftwege. (Tubercle bacilli and the diagnosis of tuberculosis of the air-passages.)** *N. Y. Med. Journal. 16. December 1893.*

A priori ist anzunehmen, dass ein Patient, der an irgend einer Entzündung des Respirationstractus leidet, ein Tuberkelbacillen enthaltendes Sputum expectoriren kann, ohne dass diese in seinem Falle eine Rolle spielen müssen. Denn wenn sie die Ursache der Tuberkulose sind, so muss doch eine gewisse Zeit vergehen zwischen ihrer Aufnahme in die Luftwege und dem Ausbruch der pathologischen Veränderungen in den Geweben. Die Wirkung der Bacillen auf die Gewebe kann keine sofortige sein und während der Incubationsperiode liegt gar kein Grund vor anzunehmen, dass der Auswurf nicht Bacillen enthalten könne. Andererseits berechtigt auch nichts zu der Annahme, dass jeder, der Tuberkelbacillen in seinen Respirationstractus aufnimmt, auch tuberkulös erkrankt; der Auswurf eines solchen aber kann Tuberkelbacillen aufweisen, ohne dass später tuberkulöse Processe sich entwickeln. W. berichtet über zwei Fälle von syphilitischer Erkrankung des Halses, bei dem Tuberkelbacillen sich fanden, die aber beide nach Jodkali heilten u. z. vollständig und dauernd. LEFFERTS.

8) **J. H. Bryan. Einige Erscheinungsformen der Syphilis in den oberen Luftwegen. (On some of the manifestations of syphilis of the upper air-passages.)** *N. Y. Med. Journal. 16. December 1893.*

Der Artikel giebt einen von B. auf dem XV. Jahrescongress der amerikanischen Laryngologischen Gesellschaft gehaltenen Vortrag wieder und wird im Verhandlungsbericht dieses referirt. LEFFERTS.

9) **Robertson. Benzol bei Influenza. (Benzol for influenza.)** *Phil. Med. News. 16. December 1893.*

R. hat eine Anzahl Influenzafälle mit dem besten Erfolge mit Benzol behandelt, er gab davon 0,3 stündlich in Form einer Emulsion in Limonade. In der Regel verschwand schon 2 Stunden nach der ersten Dosis das allgemeine Unbehagen und die Temperatur sank innerhalb 24 Stunden auf die Norm. Die

volle Genesung erfolgte meist sehr rasch und die Schwäche war danach nur sehr gering. Entsprechend gute Erfolge erzielte R. mit dem Benzol auch bei Keuchhusten. LEFFERTS.

10) **Hofmann. Ueber den Durchbruch kalter Abscesse der Thoraxwandung in die Lungen resp. Bronchien.** *Münchn. med. Wochenschr. No. 39. 1893.*

In dem ersten mitgetheilten Falle fand sich zwischen Scapula und Wirbelsäule in der Höhe des 5. Brustwirbels eine fluctuirende Geschwulst, die plötzlich verschwand, nachdem Patient unter Erstickungserscheinungen eine grosse Menge Eiter ausgehustet hatte. Der 5. und 6. Brustwirbel waren auf Druck sehr empfindlich. Im zweiten Falle bestand starke Verdickung der ganzen Halswirbelsäule mit Druckschmerz von aussen und vom Rachen her und in der Höhe des 12. Brustwirbels 3 Finger breit von der Wirbelsäule entfernt ein faustgrosser fluctuirender Tumor, ferner reichliche Expectoration von Eiter mit Trachealrasseln. Patient hatte schon früher einmal an Abscessen in und am Halse gelitten. Nach Eröffnung des Abscesses blieb eine Fistel zurück, welche mit den Bronchien communicirte. SCHECH.

11) **De la Croix** (Petersburg). **Tumor des vorderen Mediastinum.** *Petersb. med. Wochenschr. 1893. No. 18.*

Demonstration eines Tumors, der bei der Section eines 3 ¹/₂ Jahre alten Knaben gefunden wurde. Der stets gesund gewesene Knabe war während eines Brechactes plötzlich gestorben. Die Section ergab alle Anzeichen des Erstickungstodes und als Ursache der Erstickung einen Tumor im vorderen Mediastinum von 10 cm Länge, 6 cm Breite und 4 cm Dicke. Der Tumor überragte nach oben das Manubrium sterni um 1 ¹/₂ cm und reichte fast bis zur Herzspitze herab. Der Tumor war ein kleinzelliges Rundzellensarcom und ging von der Thymusdrüse aus. La Croix erklärt sich den plötzlichen Tod durch Verschiebung des Tumors während des Brechactes nach oben und Einklemmung zwischen Sternum und Wirbelsäule, wodurch die Trachea comprimirt wurde. Wenigstens sprach dafür eine deutliche Druckfurche am Tumor. LUNIN.

12) **S. Solis-Cohen. Ein oesophageales Stethoskop mit Bemerkungen über intrathoracische Auscultation. (An oesophageal stethoscope, with remarks on intra-thoracic auscultation.)** *Philad. Med. News. 16. December 1893.*

Das Instrument ist eine Modification des von Sir Benjamin Ward Richardson angegebenen. Der Verf. sagt: „Ich habe dies Hörrohr nur benutzt, um die Herztöne zu hören; in Fällen von Aortenaneurysma riskirte ich nicht, es einzuführen und die Athmungsgeräusche konnte ich nicht damit hören. Was die Bedeutung der intrathoracischen Auscultation anlangt, so kann ich bis jetzt darüber nichts Positives sagen. Ich weiss noch nicht, wie weit man in Fällen von zweifelhafter Diagnose damit kommen wird — in anderen hat man es natürlich nicht nöthig — und kenne auch noch nicht sicher die Grenzen, die seiner Benutzung gesteckt sind. Indess glaube ich immerhin, dass neben allen anderen auch diese Methode

für eine exacte Beobachtung von Nutzen sein kann, und deshalb habe ich Ihnen das Instrument hier vorgelegt.“ LEFFERTS.

b. Nase und Nasenrachenraum.

13) **Helbing** (Nürnberg). **Mittheilung zur Behandlung erfrorener Nasen.** *Münch. med. Wochenschr. No. 39. 1893.*

H. hat in 21 Fällen den constanten Strom mit gutem Erfolge angewendet in der Absicht die kleinen contrahirten Arterien zu erweitern, wodurch wieder der venöse Abfluss verbessert wird. Er wandte mässigen Strom in mehreren Sitzungen je bis 10 Minuten lang an. Die Beobachtungen Helbing's wurden von Ulrichs bestätigt, während Schuster lange Incisionen vorzieht SCHECH.

14) **Zwaardemaker. Olfactometrie.** *Neurol. Centralblatt. Leipzig 1893. p. 729.*

Dem Referenten nicht zugänglich. SEIFERT.

15) **Mendel. Abscess des unteren Nasengangs, ausgehend vom Zahn; Curettage; Heilung. (Abscès du meat inférieur d'origine dentaire; curettage; guérison.)** *Archives internat. de laryngologie, de rhinologie. No. 5. 1893.*

Der 18jährige Pat. hatte im Anschluss an ein den Zahn treffendes Trauma einen Abcess im unteren Nasengang bekommen, der alle Symptome eines Sinusempyems darbot. Die Aetiologie dieses Abscesses scheint der Ursache der Abscesse der Highmorshöhle zu entsprechen. E. J. MOURE.

16) **Hamburger. Deviationen der Nasenscheidewand.** Dissert. Breslau. 1893.

Dem Referenten nicht zugänglich. SEIFERT.

17) **G. M. Lefferts. Nasale Deviationen. (Nasal deviations.)** *Med. and Surg. Reporter. 5. August 1893.*

Eine klinische Vorlesung. Nichts Neues. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

18) **Wm. Martin. Deviation des Septum nasi. (Deviation of septum nasi.)** *Phil. Med. News. 21. October 1893.*

Nichts Neues. LEFFERTS.

19) **Cheval. Missbildung der Nasenscheidewand. (Malformation du septum nasal.)** *Revue de laryngologie. No. 14. 1893.*

Ch. bespricht die verschiedenen Behandlungsmethoden, die man gewöhnlich in Anwendung zieht und beschreibt dann einige Instrumente, deren er selbst sich bedient. Die Methode, die er bevorzugt, ist die Elektrolyse.

E. J. MOURE.

20) **E. A. Spilsbury. Verbiegung der Nasenscheidewand und ihre chirurgische Behandlung. (Deflection of the nasal septum and its surgical treatment.)** *Canada Lancet. September 1893.*

Bericht über 3 Fälle; nichts von besonderem Interesse.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

21) C. **Mettenheimer** (Schwerin). **Heilung einer Exostose der Nasenscheidewand auf elektrolytischem Wege.** *Jahrb. f. Kinderheilk. XXXVII. 1. 1893.*

Eine Verdickung der Nasenscheidewand bei einem 13jährigen tuberkulösen Mädchen, die immer mehr zunahm und schliesslich eine höckerige Oberfläche bekam, wurde auf elektrolytischem Wege beseitigt. (Exostose?) SEIFERT.

22) G. M. **Black. Die chirurgische Behandlung der Nasenscheidewandvorbiegungen und des hypertrophischen Catarrhs. (The surgical treatment of septal deviations and hypertrophic catarrh.)** *Denver Med. Times. Juli 1893.*

Eie Mehrzahl aller Fälle von sogen. Nasenkatarrh sind, wenn die medicamentöse Behandlung versagt, der chirurgischen Therapie noch zugänglich.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

23) E. **Schmiegelow** (Kopenhagen). **Correction von Deformitäten der Nasenscheidewand. (Korrektion af Deformiteter af Näseskilleväggen.)** *Med. Aarsskrift. Kbhvn. 1893. p. 183.*

Uebersichtsartikel. SCHMIEGELOW.

24) H. H. **Curtis. Operationen am Nasenseptum. (Operations on the nasal septum.)** *Journ. Am Med. Assoc. 25. November 1893.*

Vor jeder Operation sind folgende Fragen zu erledigen: 1) Ist der Patient ein Bluter oder kommt in seiner Familienanamnese Hämophilie vor? 2) Wie ist das Blut des Patienten beschaffen? 3) Liegt ein ausreichender Grund zur Operation vor? 4) Besteht bei dem Patienten Gicht oder secundäre Syphilis? 5) hat er Eiweiss im Urin? W. J. SWIFT (LEFFERTS).

25) **Zaufal** (Prag). **Abscess der Pars cartilaginea septi narium.** Vorgestellt in dem Verein deutscher Aerzte in Prag am 21. April 1898. — *Prager med. Woch. 1893. No. 18.*

Gewöhnlicher Fall von beiderseitigem Abscesse in Folge von starkem Schlage auf die Nase. CHIARI.

26) **Herzfeld. Rhinologische Mittheilungen.** *Monatschrift f. Ohrenheilkunde etc. No. 9. 1893.*

H. beschreibt die Entfernung eines Röhrchens aus dem Nasenrachenraume bei herabhängendem Kopfe und in Narcose und einen Fall von Erysipel der Septumschleimhaut mit Uebergang in Abscessbildung; das letztere ist jedenfalls selten, doch konnte Hajek durch Impfungen mit Streptococcus erysipelatos Abscesse und Phlegmonen bei Thieren erzeugen. SCHECH.

27) J. C. **Cobb. Ein Fall von Angiom der Nasenscheidewand. (Case of angioma of the nasal septum.)** *Boston Med. and Surg. Journal. 23. November 1893.*

Die Pat. war ein 15jähriges Mädchen. Die Geschwulst, die an der Nasenscheidewand auf der rechten Seite mit einem dünnen Stiel inserirte, hing nahe dem Uebergang von Haut in Schleimhaut über dem Ende der unteren Muschel.

Sie wurde mit der Schlinge entfernt; ein Jahr darauf war noch kein Recidiv vorhanden. Derartige Fälle sind selten; der vorliegende ist der erste, den C. unter 7400 Fällen von Hals- und Nasenaffectionen beobachtet hat.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

28) **L. Lacoarret. Papilläre Degeneration der unteren Muschel, der Nasenscheidewand und des Nasenbodens. (Degenerescence papillaire du cornet inférieur, de la cloison et du plancher des fosses nasales.)** *Annal. de la polyclin. de Toulouse. März 1893.*

Die gutartigen und die malignen Geschwülste der Nasenhöhle nehmen sehr gern papilläre Form an, dagegen erscheinen die einfachen Hypertrophien der Schleimhaut sehr selten unter diesem Bilde. Der Verf. berichtet über eine Beobachtung, bei der eine grosse Partie des Nasenbodens, des Septums und der unteren Muschel Sitz papillärer Degeneration waren; nach der histologischen Untersuchung handelte es sich um ein Fibromyxom.

E. J. MOURE.

29) **Garel. Beitrag zum Studium der Nasenscheidewandgeschwülste. (Contribution à l'étude des tumeurs de la cloison nasale)** *Annales des maladies de l'oreille, du larynx. No. 11. 1893.*

Verf. stellt eine Reihe von Tumoren der Nasenscheidewand zusammen, die er beobachtet hat; im einen handelt es sich um ein capilläres Angiom, in einem zweiten wahrscheinlich auch um ein Angiom, in einem dritten um einen Naevus pigmentosus; dann einige Fälle von Lupus, Polypen, ein Myxangiom der Nasenscheidewand u. a. m. Alle diese Tumoren sind nach der histologischen Untersuchung sehr gefässreich und im allgemeinen sitzen sie an der vorderen Partie der Nasenscheidewand.

E. J. MOURE.

30) **Dansac. Geschwülste der Nasenscheidewand. (Tumeurs de la cloison nasale.)** *Annales des malad. du larynx et des oreilles. Juni 1893.*

D. berichtet über zwei Fälle und das Resultat ihrer mikroskopischen Untersuchung. Der erste Fall war ein telangiectatisches Rundzellensarcom, im zweiten handelte es sich um ein embryonales vasculäres Endotheliom (endotheliales Angio-Sarcom des Septums).

E. J. MOURE.

31) **Gouguenheim u. Hélary. Maligne Tumoren der Nasenscheidewand. (Tumeurs malignes de la cloison des fosses nasales.)** *Annales des maladies de l'oreille et du nez. April 1893.*

Die Verff. berichten über zwei Fälle von Nasenscheidewandtumoren. Im ersten Falle handelt es sich um ein telangiectatisches Sarcom mit Myeloplaxen. Die Verff. schliessen an ihre Krankengeschichten eine allgemeine Studie über die verschiedenen Neubildungen des Septums und über deren Differentialdiagnose an. Die Behandlung ist eine verschiedene je nach der Natur des Tumors.

E. J. MOURE.

32) **W. Wróblewski. Zwei Fälle von Tuberkulose der Nasenschleimhaut. (Dwa przypadki gruzlicy btony sluzowej nosa.)** *Gazeta lekarska. No. 19. 1893.*

Der erste Fall, betitelt: Tuberculoma septi narium, betraf einen 20jährigen

Beamten, der über Nasenverstopfung klagte, die seit 4 Jahren dauerte und vier Mal operativ behandelt werden musste. Der hereditär belastete Kranke litt in seiner Kindheit an scrophulösen Lymphschwellungen, Catarrhen und Hautaffectionen. Vor 4 Jahren wurde vom Septum ein harter Tumor entfernt, dessen Natur nicht näher definirt worden war. Zur selben Zeit wurde auch ein Polyp aus dem rechten Ohre entfernt. Im Jahre 1890 wurde Patient wegen Nasenpolypen operirt, die als Schleimpolypen definirt worden sind, aber bei der Operation ziemlich stark bluteten.

In demselben Jahre erfolgte schon ein Recidiv und zwar an derselben Stelle wo die Neubildung schon einmal operirt worden war, nämlich an der rechten Septumwand. W. entfernte mit der galv. Schlinge einen haselnussgrossen Polypen und curettirte die Ansatzstelle energisch aus. Die ziemlich starke Blutung wurde durch Tamponade gestillt. Die mikroskopische Untersuchung des Tumors durch Prof. Przewoski ergab die tuberkulöse Natur der Neubildung, nämlich Riesenzellen und spärliche Bacillen. Im Jahre 1892 erfolgte ein Recidiv an derselben Stelle, nämlich am Septum cartil. Der bohnengrosse Tumor wurde wieder entfernt und zeigte dieselbe tuberkulöse Structur. — Im Jahre 1893 trat zum dritten Mal ein Recidiv auf, diesmal aber auf der linken Seite des Septum, in der Form eines haselnussgrossen die Nasenhöhle obturirenden Tumors. Auf der rechten Seite des morschen Septums war eine tuberkulöse Ulceration aufgetreten. Diesmal wurde mit der Scheere der Tumor sammt dem Septum ausgeschnitten. Das Mikroskop zeigte wiederum, dass man es mit einem Tuberkelgranulom zu thun hatte. Die Wunde heilte rasch zu ohne jede Complication. Bemerkenswerth ist, dass während der 6 Jahre lang dauernden tuberkulösen Nasenerkrankung die Untersuchung der Lungen nichts Abnormes erwies, und im Sputum keine Bacillen nachzuweisen waren. Der Fall dürfte also, falls die Lymphdrüsengeschwülste nicht auf tuberkulöser Erkrankung beruhten (was nicht auszuschliessen ist Ref.) als primäre Nasentuberkulose aufgefasst werden.

Der zweite Fall, der als Caries tuberculosa conchae infer. dextrae mit Geschwüren am Septum beschrieben ist, betraf eine 41 jährige mit Lungenphthise behaftete Patientin, bei welcher die Nasenuntersuchung auf der rechten Seite eine tumorartige Anschwellung der unteren Muschel ergab. Der Tumor war haselnussgross, machte den Eindruck eines Granuloms und blutete bei der Berührung. Rechte mittlere Muschel geschwollen. Am Septumrande ein flaches, schmerzhaftes auf den Boden der Nasenhöhle sich verbreitendes tuberkulöses Geschwür.

Die Geschwulst wurde mit der galvanischen Schlinge entfernt, dabei Caries der Muschel constatirt, die erkrankten Theile und die Granulationen entfernt, die Wunde einige Wochen mit Milchsäure behandelt, trotzdem keine vollständige Heilung erzielt.

Während zwei Jahren traten wiederholt Recidive auf derselben Seite auf, die operativ behandelt wurden, doch ohne definitive Heilung. Ausserdem litt Patientin an doppelseitiger Otitis tuberculosa, welche vollständige Taubheit zur Folge hatte.

T. HERYNG.

33) **Maximilian Herzog** (Cincinnati). **Tuberkulose der Nasenschleimhaut; mit einem Bericht über 10 neue Fälle. (Tuberculosis of the nasal mucous membrane; with a report of ten new cases.)** *American Journal of Med. Scienc. December 1893.*

Eine sehr interessante Studie über diese Krankheit mit reichlicher Verwerthung der literarischen Quellen. Ein paar der beschriebenen Fälle möchte der Ref. aber eher dem Lupus, als der Tuberkulose zugerechnet sehen, wenn man sonst die erstgenannte Bezeichnung nicht ganz in der zweiten aufgehen lassen will.

P. MC. BRIDE.

34) **Spitzer** (Wien). **Die Undurchgängigkeit der Nase und ihre Behandlung.** *Centralblatt für die ges. Therapie. Wien. 1893. p. 395—400 u. 458—464.*

Sp. bespricht kurz die Folgen derselben, ihre Ursachen sowie ihre Behandlung; etwas Neues ist in dem für Nichtspecialisten geschriebenen Artikel nicht enthalten.

CHIARI.

35) **Beausoleil. Angeborener knöcherner Verschluss der hinteren Partie der Nasenhöhle. (Occlusion osseuse congenitale de la partie posterieure des fosses nasales.)** *Journ. de médecine de Bordeaux. 19. October 1893.*

B. stellt einen 12jährigen Patienten vor, dem der hinterste Theil der rechten Nasenhöhle durch eine knöcherne Scheidewand vollständig verschlossen war. Die Knochenplatte schien von dem freien Rande des Os palatinum auszugehen und bis zur Basis des Keilbeins aufzusteigen. Die Nasenseite war für Luft absolut undurchgängig. Links bestand ebenfalls ein Verschluss, hier jedoch ein unvollständiger. B. bespricht die Pathogenese derartiger Verschlüsse und zeigt, auf Kosten welcher Knochen sie sich bilden.

E. J. MOURE.

36) **Geo W. Caldwell. Eine neue Operation zur radicalen Heilung einer Verstopfung der Nasenwege. (A new operation for the radical cure of obstruction of the nasal duct.)** *N. Y. Med. Journal. 21. October 1893.*

Die vom Verf. angegebene Thränensonde (N.-Y. Med. Journal. 27. Mai 93) gelangte bis auf den vollständigen knöchernen Verschluss des Ductus nasalis in seinem unteren Abschnitt und blieb dort in situ. Mittelst eines elektrischen Trepans wurde dann die vordere Spitze der unteren Muschel abgetragen, so weit dass der Ductus nasalis offen stand, als man in vorsichtiger Fortsetzung der Operation die Nasenwand weiter aufwärts abtrug zugleich mit der elfenbeinharten Neubildung; man gelangte dabei auf die Spitze der Sonde, so dass eine freie Drainage für den Thränensack hergestellt war. Die Besserung des Thränenlaufens war eine unmittelbare und unter antiseptischen Spülungen heilte in einer halben Woche auch die Blennorrhoe des Thränensacks und bald auch die Operationswunde. Bei einer Untersuchung 6 Monate nach der Operation war die Drainage gut, der Thränensack in normaler Verfassung und Pat. selbst fühlte sich gesund.

LEFFERTS.

37) **T. J. Mc Coy. Conservative Therapie bei einigen Formen von nasaler Verstopfung; lokale Mittel bei Hals- und Nasenkrankheiten. (Conservative treat-**

ment in a few forms of nasal obstruction; local therapeutics in diseases of the nose and throat.) *Southern California Practitioner. Nov. 1893.*

Nichts Bemerkenswerthes. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

38) **R. C. Myles. Intranasale Chirurgie; ein Commentar zu einigen modernen Operationen. (Intra-nasal surgery. Comments upon some modern operations.)** *N. Y. Policlinic. November 1893.*

Zahlreiche Anschuldigungen, einige vielleicht mit Recht, werden gegen die Rhinologen erhoben wegen ihrer destructiven Tendenz beim Eingreifen in der Nase. Nach M.'s Ansicht wären diese Missstände abzustellen 1) durch ein sorgfältigeres Studium der praktischen Anatomie der Nase und ihrer Umgebung; 2) durch tieferes Eindringen in die Physiologie der oberen Luftwege; 3) durch eine genauere Kenntniss der Pathologie der Nase; 4) durch eingehendes Achten auf die Zustände, welche die Nasenerkrankung verursachen; 5) durch stricte Beobachtung der allgemeinen chirurgischen Regeln und Principien.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

39) **N. Akazatow. Apparat zum Nasenspülen. (Pribor dlia promiwanio nosa.)** *Mediz. 1893. No. 14.*

Nach dem Princip einer Spritzflasche, wobei das eine Glasrohr durch einen Gummischlauch ersetzt ist, der am Ende einen olivenförmigen Ansatz für die Nase trägt. LUNIN.

40) **Moure. Pulverisator für die Nase. (Pulvérisateur nasal.)** *Société de méd. de Bordeaux. 1893.*

Beschreibung und Demonstration des Instrumentes. E. J. MOURE.

41) **Edward A. Scott. Ein aseptisches Nasenspeculum. (An aseptic nasal speculum.)** *N. Y. Med. Journ. 9. Dec. 1893.*

Das Speculum lässt sich in sehr einfacher Weise auseinandernehmen und nach der Reinigung wieder zusammensetzen. LEFFERTS.

42) **Rethi (Wien). Ein Spiegel zur endonasalen Besichtigung.** *Prager medicin. Wochenschr. 1893. No. 42.*

Ein 8 mm im Durchmesser haltender Spiegel ist beweglich an einem Leitungsrohr angebracht; in dem Leitungsrohre verläuft ein Stab, der durch ein gezähntes Rad vor- oder zurückgeschoben werden kann, wobei sich der Spiegel umlegt oder streckt. Damit nun kann man auch die seitlichen sonst nicht sichtbaren Nasentheile besichtigen. CHIARI.

43) **Edward Blake. Das Rhinometer, eine Sonde für den Nasenrachenraum. (The Rhinometer. A nasopharyngeal sound.)** *Journal of Laryngology etc. März 1893.*

Beschreibung eines Instrumentes, das bei den verschiedensten Verstopfungszuständen des Nasenrachenraums Anwendung findet; es ist ein spitz auslaufender Metallspatel, auf dem ein Maassstab angebracht ist.

MACKENZIE-JOHNSTON.

c. Mundrachenhöhle.

44) **Froeckaert. Congenitale Anomalie des Gaumensegels. (Anomalie congenitale du voile du palais.)** *Revue de laryngologie. No. 15. 1893.*

Verf. berichtet über eine interessante Beobachtung von Entwicklungshemmung; die Gaumenbögen boten ein sehr bemerkenswerthes Bild dar.

E. J. MOURE.

45) **Jonathan Hutchinson** (London). **Ein paar Fälle von besonderem Interesse. (Some cases of interest.)** *Medical Press and Circular. 22. Febr. 1893.*

Unter anderen Fällen führt H. einen von dauernder ödematöser Verdickung der Uvula und des weichen Gaumens auf; eine Erklärung dieses eigenartigen Zustandes liess sich nicht ausfindig machen.

Erwähnt sei dann noch ein Fall von prae-canceröser Ulceration; der Pat. hatte 5 Jahre lang ein papillomatöses Geschwür, im Zusammenhang mit einem kranken Zahn, gehabt. MACKENZIE-JOHNSTON.

46) **J. A. Milne** (Dover). **Eine einfache Geschwulst des Gaumens als Ursache von Blutungen aus dem Munde. (Simple tumour of the palate as a cause of haemorrhage from the mouth.)** *Brit. Med. Journ. 23. Dec. 1893.*

Die Blutungen stammten aus einem kleinen Tumor, wahrscheinlich einem Papillom, das am harten Gaumen sass. Die Zerstörung dieses mit dem Galvanokauter brachte auch die Blutungen zum Stehen. MACKENZIE-JOHNSTON.

47) **Herzberg. Angina tonsillaris im Kindesalter.** Dissertat. Dorpat. 1893.

Nicht zugänglich. SCHECH.

48) **G. A. Leland. Recurrirende Tonsillitis. (Recurrent tonsillitis.)** *Boston Med. and Surg. Journal. 12. u. 19. October 1893.*

Im allgemeinen sind es zwei Arten von Tonsillen, die gern recidivirenden Anfällen von Entzündung anheimfallen; erstens die parenchymatöse, bei der die Crypten nicht gut ausgebildet sind, dagegen die lymphoiden Elemente vermehrt; und zweitens die chronische, die „lacunäre Tonsille“ Wagner's, deren Oberfläche voller Crypten ist, welche gewöhnlich eingetrocknete Sekretmassen enthalten. Diese letztere Form ist ganz besonders geneigt zu wiederholten Entzündungsanfällen aus jeder noch so leichten Ursache. Eine Mandel, die mehrere Anfälle von Entzündung überstanden hat, zeigt oft eine netzartige Oberfläche von fibrösen Zügen, zwischen denen kleine Löcher liegen, die in die Crypten führen; oder aber ihre Schleimhaut ist insgesammt fibrös und verdickt. L. empfiehlt, die Scheidewände zwischen den Crypten zu durchreissen derart, dass die verschiedenen engen und contrahirten Stomata zu einer einzigen weiten Oeffnung werden. Er führt dies mit einem kleinen scharfen Haken aus, den er in eine Crypte einführt, nach unten und innen dreht und zu einer andern Crypte wieder herausdrängt; das Zwischengewebe wird dann beim Herausreissen durchschnitten.

Er wiederholt dies 3—10 mal in einer Sitzung, bis die Oberfläche der Mandel vollständig zerschlitzt ist. Er betupft die Risswunden dann mit in Jodglycerin getränkter Watte und zwängt diese auch in den Grund der Spalte ein, damit die Wunden sich nicht unmittelbar wieder vereinigen. Gewöhnlich sind 4—8 Sitzungen nöthig, bis eine grosse, an die Mittellinie heranreichende Mandel bis hinter den Gaumenbogen zurückweicht. Eine derartige parenchymatöse Mandel wird auch schon erheblich gebessert, wenn man ihre Capsel durchreisst und die obige Lösung ihr Inneres injicirt. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

49) **Peyrissac. Chronische Abscesse der Mandeln. (Abscès chroniques des amygdales.)** *Thèse de Bordeaux. 1893.*

Verf. beschreibt, was er unter chronischem Abscess der Mandel versteht; diese Erkrankung ist zumeist die Folge früherer Entzündung der Tonsille, besonders, wenn diese Crypten besitzt. E. J. MOURE.

50) **Raudnitz (Prag). Ueber parenchymatöse Injectionen bei Tonsillenerkrankungen.** *Prager med. Wochenschr. 1893. No. 14.*

R. verwendete die Heubner-Taube'schen Injectionen von Carbolsäure bei Scharlachdiphtherie häufig mit gutem Erfolge. Bei dem Filatow'schen Leiden und beim Pfeifer'schen Drüsenfieber erwartet er ebenfalls davon Gutes, da er in einem solchen Falle durch Einspritzungen mehrerer Gramm von 1 proc. Carbolwasser (jedesmal ein Gramm) die Drüsen zurückgehen sah. Auch bei diphtheroïden Tonsillitiden bewährten sich die Carbolinjectionen und bei Diphtherie die Injectionen von Chlorwasser gut. CHIARI.

51) **Dunogier. Die Weisheitszähne und die Mandeln. (The wisdom teeth and the tonsils.)** *N. Y. Med. Journal. 16. December 1893.*

D. berichtet über einen Fall von recidivirender Tonsillitis, verursacht durch den Durchbruch der unteren Weisheitszähne und einen zweiten Fall von chronischer Tonsillitis, in dem die Entzündung durch den schwierigen Durchbruch des Weisheitszahnes unterhalten wurde. Die Behandlung solcher Fälle kann nach D. prophylactisch und curativ sein. Was die Extraction des ersten Molarzahnes etwa im 11. Lebensjahre anlangt, so bekennt D., dass er die Anschauungen derjenigen Collegen, die dieses Verfahren rühmen, nicht theilen könne; er fügt hinzu, dass er niemals eine Störung in der regelmässigen Anordnung der Zahnreihe durch das Bleiben dieses Zahnes gesehen habe. Ausserdem hält er die Complicationen, die das Erscheinen des Weisheitszahnes manchmal mit sich bringt, doch nicht für ausreichend häufig, um die Extraction des Molarzahnes als Präventivmittel für berechtigt erscheinen zu lassen. Die curative Behandlung besteht naturgemäss in der Beseitigung der Ursache, worunter aber nicht nothwendigerweise der Zahn selbst — wofern er nicht verlagert ist — verstanden ist, sondern das Zahnfleisch. In manchen Fällen ist die Application von Chromsäure von Nutzen gewesen, jedoch ist dieses Mittel nicht allgemein zu verwenden, weil es, wenngleich es zweifellos wirksam ist, doch zu langsam wirkt. Der Paquelin und der Galvanokauter sind zwar leichter zu handhaben als die alten Caustika alle, jedoch auch sie sind der Excision nicht vorzuziehen. Die Excision

mit dem Messer und der gebogenen Scheere hat der Verf. schon seit langem in seiner Praxis geübt, doch war die Operation nicht eben gut auszuführen, so dass er ein eigenes Instrument zu diesem Zwecke sich construirt hat (Demonstration). Er anästhesirt das Zahnfleisch mit Cocaintampons und führt dann die eine Branche seines Instrumentes unter das den Zahn bedeckende Zahnfleisch so weit als möglich hinab und durchschneidet dieses. Die weitere Behandlung besteht in antiseptischen Gurgelungen, die eine Zeit lang fortgesetzt werden, und Cauterisation der benachbarten ulcerirten und entzündeten Partien mit Chromsäure. Diese letztere macht keinen Schmerz, auch wenn man nicht vorher local anästhesirt und sie hat den weiteren Vortheil, dass sie die Farbe der Zähne nicht beeinträchtigt. LEFFERTS.

52) **A. Sallard. Hypertrophie der Mandeln. (Hypertrophie des amygdales.)** **Paris.** 1893.

Der Verf. stellt in methodischer Weise alles zusammen, was über die Hypertrophie der Mandeln bekannt ist. Den Haupttheil der Arbeit nehmen die Gaumentonsillen in Anspruch, die adenoiden Tumoren im Nasenrachenraum werden kürzer abgehandelt. Der Verf. bespricht die pathologische Anatomie, die Symptome, die Diagnostik und Aetiologie, die medicamensöse und operative Behandlung u. s. w. Die Tonsillotomie findet eine sehr ausführliche Besprechung; danach werden die Discission, die Ignipunctur und die Zerstückelung der Mandeln erörtert.

Im zweiten Theile — der der Rachentonsille gewidmet ist — ist die Eintheilung des Stoffes ungefähr dieselbe. Die Darlegungen über das Gesicht des Patienten und die Deformitäten an Gaumen, Zähnen und Nase sind von besonderem Interesse.

Der dritte und letzte Abschnitt behandelt die Hypertrophie der Zungentonsille; dieselbe wird meist nur beim Erwachsenen beobachtet; ihre Aetiologie ist eine verschiedene. MENDEL.

53) **J. M. Taylor. Vergrösserte Mandeln. (Enlarged tonsils.)** *Annals of Gynaecology and Pediatry. November 1893.*

T. empfiehlt den Gebrauch eines stumpfen Hakens, mit dem man die Follikel freilegt und das verbindende Gewebe durchreisst; die grössten Tonsillen kann man auf diese Weise zum Schrumpfen bringen und die Tonsillotomie dadurch unnöthig machen. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

54) **Sendziak. Der Gebrauch der galvanischen Schlinge bei der Hypertrophie der Mandeln. (De l'emploi de l'anse galvanique dans l'hypertrophie des amygdales.)** *Revue de laryngologie. No. 13. 1893.*

Verf. bespricht die verschiedenen Operationsmethoden, die für die Hypertrophie der Mandeln in Betracht kommen und vergleicht ihre Vorzüge und Nachtheile; die Anwendung der galvanischen Schlinge, die niemals nachtheilige Folgen nach sich zieht, erscheint ihm am empfehlenswerthesten. E. J. MOURE.

55) **F. A. de Blois. Verkleinerung der Tonsille. (Reducing the tonsil.)** *Boston Med. and Surg. Journal. 12. October 1893.*

Für im ganzen die beste Methode zur Verkleinerung der Tonsille hält Verf. die Ignipunctur; er führt die Spitze des Galvanokauters etwa $^1/_4$ Zoll tief in die Tonsille ein und wiederholt dies 3 oder 4 mal. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

56) **Gaube. Syphilitischer Schanker der Mandeln. (Chancre syphilitique de l'amygdale.)** *Echo médical de Toulouse. 3. Juni 1893.*

Verf. beschreibt einen Fall von Schanker der Mandel und verbreitet sich über die besondere Beschaffenheit dieser Drüse, die eine sichere Diagnose nicht immer sofort stellen lässt. Die beständigsten Merkmale sind die Induration der Tonsille und die Anschwellung submaxillarer Drüsen. Zu verwechseln ist der Schanker der Mandel mit diphtheritischer Angina, mit einem ulcerirten Epitheliom, ferner mit Gumma und tuberkulösem Geschwür. E. J. MOURE.

57) **Fritz Lange. Ein Fall von multiplen Papillomen an Tonsille, Zunge und Epiglottis: Ein Beitrag zum Wachsthum der entzündlichen Papillome.** Arbeiten aus dem medic.-klin Institut München. III. Band 2. Hälfte. Leipzig. 1893.

Der Fall betrifft ein 17jähriges Mädchen und ist besonders nach der histologischen Seite hin interessant. Hinsichtlich des Wachsthums der Papillome fand Lange Folgendes. Zuerst verdickt sich das Epithel durch eine lebhafte Vermehrung der Stachelzellen. Dann hebt es sich unter gleichzeitiger Wucherung von Bindegewebe und Gefässen zu einer halb kugeligen oder wallartigen Falte empor. In die ausserordentlich verdickten Lager junger elastischer Epithelzellen wachsen Capillarschlingen hinein und bilden je eine junge Papille. Das weitere Wachsthum einer solchen Papille geht unter Bildung von Bindegewebe und Wucherung der Gefässe vor sich. Von der ersten Gefässschlinge zweigen sich neue ab. Diese wachsen mit einem oder beiden Schenkeln aus den Seitenflächen einer älteren Papille wulstartig in das Epithel hinein.

So erklären sich die Tintenfischformen auf den Querschnitten älterer Papillen. Die neugebildete Papillarschlinge kann aber auch in toto aus der oberen Fläche einer älteren Papille herauswachsen und eine neue Papille bilden. Auf diese Weise kommen die Verzweigungen der Papille zu Stande. Das Epithel verhält sich der vordrängenden Gefässschlinge gegenüber in der Regel so, dass die dicken basalen Epithellager durch zahlreiche Zelltheilungen das Einwachsen der Gefässschlinge ermöglichen, während die älteren verhornten Lager ein Emporheben der Epithelien in toto verhindern.

Die Vertiefungen innerhalb eines Papilloms entstehen dadurch, dass der aus älteren spröden Zellen bestehende Streifen Epithel in der Mitte zwischen zwei Papillen im Wachsthum etwas zurückbleibt und gelegentlich einreisst. Diese Thäler werden verbreitert durch Abstossung des alten Epithels und noch vertieft durch weiteres Wachsthum der benachbarten Papillen mit ihrem Epithelmantel. Die Bedeutung der Leucocyten im Epithel der entzündlichen Papillome ist eine doppelte. Die einen bilden begrenzte Herde von einkernigen Rundzellen und besorgen die Wegschaffung älterer functionsunfähig gewordener Epithelzellen.

Die andere Gruppe besteht aus Zügen von Leucocyten, welche vom Bindegewebe zur Oberfläche des Epithels führen. Diese Züge führen nach Stellen, wo das oberflächliche Epithel verletzt ist, und wo sich in Folge dessen Bacterien angesiedelt haben. Es ist eine rein entzündliche Erscheinung, die aber das Wachsthum der Papillome lebhaft fördert. Die Bedeutung der mechanischen Reize für das Wachsthum der entzündlichen Papillome, welche den Klinikern längst bekannt ist, erhält hierdurch eine Bestätigung auf anatomisch-pathologischer Grundlage. SCHECH.

58) **Schumann** (Mirow). **Beitrag zur Pathologie der Halsgeschwülste.** Dissertat. Würzburg. 1893.

Bericht über je einen Fall von hyperplastischem Lymphom und Lymphosarkom der Tonsille aus der Riedinger'schen Klinik. SEIFERT.

59) **Wocher** (Aichach). **Ein Fall von Sarcoma tonsillae.** Dissertat. Würzburg. 1893.

Primäres Sarkom der linken Tonsille durch Resection des Unterkiefers entfernt (Hoffa). Nach 3 Monaten Recidiv, abermalige Operation. An einem weiteren inoperablen Recidiv ging Pat. zu Grunbe. Kleinzelliges Rundzellensarkom. SEIFERT.

60) **M. Herzog. Ein Fall von maligner Erkrankung der Tonsille. (Case of malignant disease of the tonsil.)** *Cincinnati Lancet-Clinic. 7. October 1893.*

Der Fall betraf einen Mann von 69 Jahren; die Operation wurde angerathen, aber nicht gestattet. Derartige Fälle sind selten. Lennox Browne sah 1 unter 5000 Fällen von Halserkrankung, im ganzen werden 92 Fälle erwähnt. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

61) **Marana. Epitheliom der Mandel. (Epithelioma dell'amigdala.)** *Arch. internaz. dell Spec. med. chir. 25. August 1893.*

Dem Ref. nicht zugänglich. TOTI.

62) **Pietro Paoli. Carcinom der linken Mandel, Zungenbasis, Epiglottis und Halsdrüsen. Vollständige Exstirpation. Heilung. (Carcinoma dell'amigdala sinistra esteso alla base della lingua, all'epiglottide e alle glandule cervicali. Estirpazione complete. Guarigione.)** *Clin. chirurg. 1893. No. 2.*

Die Arbeit hat nur chirurgisches Interesse. Die Heilung bezieht sich begreiflicher Weise auf die Operation. TOTI.

63) **N. Simanowski** (Petersburg). **Entzündliche Erkrankungen der Zungen- oder IV. Mandel. (O wospalitelnich sabolewaniach IV. ili jasikowawo mindaliki.)** *Wratsch. 1893. No. 43—50.*

Nach einer eingehenden Besprechung der Anatomie der IV. Tonsille kommt Verf. auf die acuten entzündlichen Erkrankungen dieses Organs zu sprechen. Die Entzündung kann sich in den leichten Fällen blos auf den Schleimhautüberzug beschränken, wo man es also mit einem einfachen Catarrh zu thun hat. Bei mehr intensiverer Erkrankung breitet sich die Entzündung auf die Crypten aus

und die Krankheit erinnert an die lacunäre oder folliculäre Tonsillitis. Schreitet der Entzündungsprocess noch mehr in die Tiefe und ergreift die drüsigen Elemente selbst und das anliegende Gewebe, so kommt es zu einer acuten Hyperplasie der Drüsen. Peritonsillitis. — Dabei kann die Entzündung zurückgehen oder es bilden sich kleine Eiterherde, die je nach ihrer Lage, sich bald mehr bald weniger schnell öffnen oder sie fliessen zusammen und bilden einen grösseren Abscess.

Ueberschreitet die Entzündung die Drüse selbst und breitet sie sich in das benachbarte Bindegewebe und die Muskelinterstitien aus, so hat man es mit einer Periamygdalitis phlegmonosa zu thun.

Bei ganz selbständiger Erkrankung dieser Drüse findet man die übrigen Theile des Rachens normal, blos am unteren Ende des vorderen Gaumenbogens, der in die Zungenwurzel übergeht, sieht man Röthung und Schwellung, welchem Umstande S. eine grosse diagnostische Bedeutung beimisst. Hat die Entzündung das ganze Drüsengewebe ergriffen, so kann die Temperatur bis auf 40° steigen, das Schlucken und Sprechen wird schmerzhaft; mitunter treten leichte dyspnoeische Erscheinungen auf, hervorgerufen durch ödematöse Schwellung der Epiglottis.

Alle diese Erscheinungen erreichen einen viel höheren Grad bei der phlegmonösen Form. Die Schmerzen sind sehr stark, besonders beim Schlucken. Die Epiglottis und die aryepiglott. Falten schwellen ödematös an. Durch Ausbreitung der Entzündung auf das intermuskuläre Gewebe der Zunge kann letztere so stark anschwellen, dass sie im Munde keinen Platz findet und zum Theil heraushängt. Nimmt die Entzündung ihren Platz nach hinten und unten, so kann der Kehlkopf in Mitleidenschaft gezogen, oder zur Seite verdrängt werden. Geht die Phlegmone auf den Boden der Mundhöhle über, so erinnert sie an die Angina Ludovici. S. spricht die Vermuthung aus, ob nicht die Ursache der Glossitis phlegmonosa zum Theil in der Entzündung der IV. Tonsille zu suchen sei.

Die Diagnose der sich bildenden oder schon vorhandenen Abscesse ist nicht leicht, da die Kranken, der Schwellung wegen, den Mund nicht weit öffnen können, das Betasten mit dem Finger aber sehr schmerzhaft ist und wegen der Weichheit des Organs keine genauen Resultate giebt.

Die catarrhalische und lacunäre Form verlaufen in 3—8 Tagen. Bei der peritonsillären Form kann die Krankheit 3 Wochen in Anspruch nehmen. Selbst wenn die Phlegmone weitere Dimensionen angenommen hat, braucht es noch nicht zum Abscess zu kommen; die Entzündung kann auch zurückgehen. (Seifert).

Die Prognose ist nur bei den schwersten Formen mitunter zweifelhaft, da durch Mitbetheiligung des Kehlkopfs der Erstickungstod droht. Die Krankheit kann aber den Pat. durch lange Dauer, durch Schmerzen, durch die Unmöglichkeit zu schlucken sehr herunterbringen.

Therapie. Bei den leichten Fällen genügen einfache Gurgelungen und Abhaltung von Schädlichkeiten. Bei der phlegmonösen Form thut Eis, innerlich und äusserlich angewandt, gute Dienste. Bei starker Spannung und Schwellung der IV. Tonsille sind tiefe Einschnitte angebracht; ferner Massage, feuchtwarme

Compressen, Inhalationen von heissen Dämpfen. Hat sich ein Abscess gebildet, so muss derselbe eröffnet werden.

Im ganzen hat S. 22 Fälle von acuter Entzündung der Tonsille gesehen, von denen 13 der lacunären, 8 der peritonsillären Form angehörten.

Einmal kam es zur phlegmonösen Entzündung des umliegenden Bindegewebes.

Eine chronische Entzündung oder Hypertrophie der IV. Tonsille hat Verf. 203mal (21,9 pCt.) gesehen. Angenommen wurde eine Vergrösserung der IV. Tonsille, wenn dieselbe deutlich hervorragt, die Oberfläche derselben uneben war, Hervorragungen und zwischen denselben mehr oder weniger tiefe Spalten zeigte. Dabei braucht die Tonsille noch nicht die Epiglottis zu berühren oder zurückzudrängen, was nur bei sehr starker Hypertrophie geschieht. Solche Pat. klagen häufig über Druck und über das Gefühl eines Fremdkörpers im Halse, gleichsam eines Globus hysteric.; dabei haben sie häufig das Bedürfniss zu schlucken.

Besonders unbequem ist solch eine Hypertrophie der IV. Tonsille bei Sängern, da häufig die Stimme darunter leidet.

Die vergrösserte Zungentonsille ist leicht zu erkennen. Berührt man sie mit der Sonde, so steigern sich sehr oft die Beschwerden, während dieselben schwinden, sobald die Drüse cocainisirt wird.

Die Behandlung besteht in Pinselungen der Drüse mit Jodglycerin, Aetzungen mit Chrom und Trichloressigsäure; am wirksamsten ist aber die galvanocaustische Zerstörung des hypertrophischen Gewebes. LUNIN.

64) **S. Solis-Cohen. Einige bei Gichtikern beobachtete Affectionen des Halses. (Some of the throat-conditions observed in gouty subjects.)** *Phil. Med. News. 4. November 1893.*

Der Ausdruck „Gichtiker" hat bei dem Verf. eine weitere Bedeutung, als gewöhnlich; er soll nicht nur die Personen umfassen, die Gelenkentzündungen oder echte Gichtknoten darbieten. In des Verf.'s Heimath wenigsten leiden weit mehr Personen an Manifestationen der harnsauren Diathese, ihre Symptome sind mannigfaltige und oft dunkle, bis man die Ursache bei einer Untersuchung des Urins entdeckt, der mehr oder weniger constant einen Ueberschuss an Uraten und Harnsäure zeigt und oft daneben Calciumoxalat und reichliche Phosphate enthält. Bei beiden Arten von Patienten sind oft die oberen Luftwege in Mitleidenschaft gezogen und wenn man auch in der gichtischen Diathese nicht die einzige Ursache der lokalen Erscheinungen sehen darf, so wirkt sie doch zweifellos als prädisponirendes Moment mit oder modificirt wenigstens die Erscheinungsform der Krankheit.

Die in Frage kommenden Affectionen sind bei ihrer Abhängigkeit von einer dauernden Stoffwechselstörung wahrscheinlich in den meisten Fällen, wenn nicht in allen, chronischer Natur mit einer Neigung zu paroxysmaler Steigerung, die auf den Einfluss accidenteller ursächlicher Momente sich zurückführen lässt. Solche accidentellen Ursachen sind Erkältungen oder Durchnässungen, Diätfehler u. ähnl. m.

Eine Entzündung gehört nicht nothwendig zum Bilde der Krankheit und in dem Falle, an den Verf. anknüpft, waren die hauptsächlichen Symptome sensorischer Natur. Schmerzen und perverse Empfindungen mannigfacher Art an circumscripten Stellen werden angegeben, oft fleckweise auftretend, ohne dass eine entsprechende Veränderung der Gewebe nachzuweisen wäre. Bisweilen, und zwar besonders während des acuten Paroxysmus, sind aber Gewebsveränderungen an den schmerzhaften Stellen sichtbar. Am gewöhnlichsten ist eine Erweiterung der Blutgefässe — Venen oder Capillaren — die manchmal sich mehrfach kreuzend einen solchen Fleck überziehen; manchmal findet sich auch nur ein einziges erweitertes Gefäss; oder aber die Schleimhaut zeigt eine dunkele Verfärbung; oder die Follikel sind vergrössert und geröthet. Oft indessen ist eine Differenz zwischen dem schmerzhaften Fleck und dem umgebenden Gewebe, das manchmal ganz allgemein congestionirt ist, nicht zu constatiren und in manchen Fällen ist überhaupt nichts Abnormes zu finden.

Im Larynx scheinen die Epiglottis und die Aryknorpel der bevorzugte Sitz der krankhaften Sensationen zu sein; die erstere zeigt dann gewöhnlich ein Netzwerk erweiterter Gefässe, letztere eine leichte Schwellung und Röthung. Im Pharynx sind es die Tonsillen und das peritonsilläre Gewebe, sowie die Winkel zwischen hinterer und seitlicher Rachenwand, die am häufigsten afficirt scheinen. Erschlaffung des Gaumens ist nicht ungewöhnlich und in manchen Fällen trifft man Paroxysmen von nasaler Verstopfung mit oder ohne Coryza.

Die Diagnose in allen derartigen Fällen hängt von der Erkennung des Allgemeinleidens ab; sie kann, wenn articuläre Erscheinungen und Gichtknoten fehlen, nur auf die Untersuchung des Harns sich gründen. LEFFERTS.

d. Diphtherie und Croup.

65) **Behring** (Berlin). **Die Geschichte der Diphtherie.** Leipzig. G. Thieme. 1893.

Der erste Theil des in 8 Abschnitten zerlegten Werkes bringt historische und historisch-kritische Mittheilungen der Krankheit. Bretonneau verdanken wir die Zusammenfassung der Diphtherie als einheitlichen Krankheitsbegriff und die Feststellung ihres infectiösen Charakters, sowie die Trennung der Scharlachangina von der Diphtherie. Die 4 letzten Abschnitte beschäftigen sich vorzugsweise mit der Blutserumtherapie. Von dem von Behring und Wernicke bereiteten Heilserum, zu dessen Gewinnung an einem grösseren Thiermateriale die Farbewerke Meister, Lucius und Brüning in Höchst die materielle Unterstützung gewährt haben, dürften zur Anfangsbehandlung 50 ccm und ebenso viel für die spätere Behandlung erforderlich sein. Das Mittel wird jetzt schon von einer Reihe von Klinikern geprüft. SEIFERT.

66) **Concetti** (Rom). **Aetiologie der Diphtherie. (Etiologia della difterite.)** *La Pediatria. 1893. No. 3, 4, 5.*

Aus C.'s experimentellen Untersuchungen ergiebt sich, dass die Virulenz

der nicht filtrirten Culturen eine höhere ist, als diejenige der filtrirten. Nach Einspritzung der ersteren starben die Versuchsthiere in 24—48 Stunden, nach der letzteren erst nach 5—8 Tagen. TOTI

67) Wernicke (Berlin). **Ein experimenteller Beitrag zur Kenntniss des Löffler-schen Diphtheriebacillus und zur „Blutserumtherapie"**. *Archiv für Hygiene. XVIII. Bd. 1893.*

Aus den Untersuchungen von Wernicke geht hervor, dass Hunde gegenüber der Infection mit dem Löffler'schen Bacillus ausserordentlich empfängliche Thiere sind und den empfindlichsten Versuchsthieren, den Meerschweinchen, nur wenig an Empfänglichkeit nachstehen. Ferner ergab sich, dass durch Fütterung mit dem Fleisch eines immunisirten Schafes es möglich ist, bei Hunden einen gewissen Grad von Immunität zu erzeugen, der um so höher ist, je mehr immunisirende Substanz im Verhältniss zum Körpergewicht einverleibt worden ist. Durch Verfütterung von Organen eines an Diphtheriegift verendeten Schafes wird bei einem Hunde ein ziemlich erheblicher Grad von Diphtherieimmunität erzeugt. Es ist das im Körper des verstorbenen Thieres vorhandene Gift, welches vom Magendarmkanal aus immunisirend wirkt. Des Weiteren giebt Wernicke eine neue Methode an, die Immunität gegen die Diphtherieinfection bei Hunden zu steigern. Versuche mit Hundeserum an diphtheriekranken Menschen ermuthigen um so mehr zur Fortsetzung der Versuche, als es sich zeigt, dass mit der Vervollkommnung der Immunisirungsmethoden auch bei Hunden es gelingt, immer wirksameres und heilkräftigeres Serum zu gewinnen. SEIFERT.

68) W. D. Booker. **Zur Aetiologie der primären pseudomembranösen Entzündung des Larynx und der Trachea nebst Bemerkungen über die Vertheilung der Diphtheriebacillen in den vom Sitz der Lokalinfection entfernten Körperorganen. (As to the etiology of primary pseudo-membraneus inflammation of the larynx and trachea with remarks on the distribution of diphtheria bacilli in organs of the body distant from the seat of local infection.)** *Arch. of Pediatrics. August 1893.*

B. theilt einen Fall bei einem 3jährigen Kinde mit Sectionsbefund mit. Die Culturen ergaben das Vorhandensein von Bacillen im Larynx, in der Trachea, dem Herzen, in Lungenspitze und -Basis, Leber, Milz und in den Halsdrüsen. Die aus den Harnwegen angelegten Culturen blieben steril. Die Ergebnisse derartiger exacter Untersuchungen sprechen demnach gegen die Anschauung, dass es einen idiopathischen Croup oder eine pseudomembranöse Affection des Kehlkopfs unabhängig von jeder infectiösen Ursache giebt. Vielmehr ist der vermeintliche idiopathische Croup eine echte Diphtherie des Larynx, die in selteneren Fällen eine Folge anderer infectiöser Erkrankung, wie Masern oder Scharlach, ist. Man hat bisher angenommen, dass der Diphtheriebacillus am Orte der localen Affection haftet und in andere Organe nicht eindringt; auf diesen Punkt hat man einen bedeutenden Werth gelegt, wegen der Indication für die locale Behandlung. Der Nachweis der Bacillen in der Milz und in höherem Maasse die Untersuchungen von Frosch dürften unsere Anschauungen hierüber modificiren; einen praktischen

Unterschied aber für die Behandlung der Diphtheritis braucht dies nicht auszumachen, weil die Bacillen nicht in grösseren Mengen in den vom ursprünglichen Sitz der Infection entfernten Organen auftreten. Die locale Behandlung bleibt indicirt, besonders wegen der festgestellten Thatsache, dass eine Hauptgefahr der Erkrankung in den Allgemeinstörungen liegt, welche die bakteriellen Toxine, die am Orte der Infection zur Resorption kommen, erzeugen.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

69) **Redact. Bemerkung. Diphtheritis ohne Membran. (Diphtheria without membrane.)** *Phil. Med. News. 20. Mai 1893.*

Man hat lange vermuthet, dass Diphtheritis ohne Membranen vorkommen kann. Es ist in Zeiten von Epidemien nicht ungewöhnlich, dass in Familien, in denen ein Glied Diphtherie gehabt hat, Fälle von einfacher Angina erscheinen, deren echt diphtheritische Natur dadurch evident wird, dass von ihnen Neuansteckungen ausgehen. Auch Nephritis und charakteristische Lähmungen sind nach anscheinend einfach catarrhalicher Angina beobachtet worden. Gelegentlich ist es auch vorgekommen, dass von 2 Personen, die eine Tracheotomiecanüle in einem Falle von Croup durch Saugen reinigen wollten, der eine an typischer Diphtherie erkrankte, während der andere nur eine gewöhnliche fieberhafte Angina bekam. Natürlich ist es möglich, dass in allen diesen Fällen Membranen bestanden, aber bereits verschwunden sind, oder dass sie an Stellen sitzen, die sich der Beobachtung entziehen. Es blieb deshalb die Frage nach dem gelegentlichen Vorkommen von Diphtherie ohne Membranen offen, bis die Entdeckung des Diphtheriebacillus durch Loeffler einen Einblick in diese ätiologischen Beziehungen gestattete.

Es ist zur Zeit als sichergestellt anzusehen, dass zahlreiche Fälle von Croup diphtheritischen Ursprungs sind; dagegen sind bei Scharlachangina, ferner in den meisten Fällen von einfacher und lacunärer und folliculärer Angina, und ebenso in manchen Fällen, die sich klinisch nicht von Diphtherie des Rachens und der Luftwege und von genuinem Croup unterscheiden lassen, Diphtheriebacillen nicht gefunden worden. Als seltener Befund ist der Diphtheriebacillus in der Mundhöhle ganz gesunder Individuen angetroffen worden und bei Leuten mit catarrhalischer Angina. Es weisen diese Beobachtungen darauf hin, dass wir die klinische Diagnostik der Diphtherie noch sehr auszugestalten haben; vorläufig müssen milde und zweifelhafte Fälle, besonders zu Zeiten von Epidemien, ebenso behandelt werden, wie ganz virulente.

LEFFERTS.

70) **A. Gottstein** (Berlin). **Die Contagiosität der Diphtherie.** *Berliner klinische Wochenschrift. 1893. No. 25.*

G. geht davon aus, dass der Erreger der Diphtherie ein in seinen Eigenschaften uns genau bekannter Microorganismus ist, der constant in den Pseudomembranen sich findet. Ueber sein Vorkommen ausserhalb des Organismus wissen wir nur, dass er sich lange virulent und übertragungsfähig halten kann. Seine Virulenz ist eine äusserst schwankende. In den Pseudomembranen findet er sich fast stets in Gemeinschaft mit Streptococcen. G. prüfte 50 Fälle mit 19 Todesfällen, 17 Lähmungen, 13 uncomplicirt. Diese 50 Kranken hatten als nächste

Umgebung 83 Geschwister, 36 Fälle übertrugen sich auf 62 der Ansteckung ausgesetzte Kinder nicht. 14 Fälle riefen 18 Neuerkrankungen bei Kindern und 3 bei Erwachsenen hervor. Von diesen 14 Fällen endeten 8 tödtlich, so dass ein Zusammenhang zwischen Contagiosität und Schwere der Ersterkrankung besteht. Die Disposition der Kinder für Diphtherie ist demgemäss eine verhältnissmässig geringe und vorzugsweise gegenüber sehr schweren Fällen vorhanden. Wäre nur Contagion massgebend, so müsste die Diphtherie bald erlöschen. Da sie das nicht thut, so muss man annehmen, dass die Mehrzahl der Fälle nicht durch directe Contagion, sondern autochthon entsteht. Es muss ausser dem Bacillus der Diphtherie noch eine andere Ursache mitwirken: Symbiotischer Coccus oder Schwächung des Widerstandes des Organismus. LANDGRAF.

71) **Deschamps. Bemerkungen über einen Ausbreitungsmodus der Diphtherie. (Note sur un mode de propagation de la diphthérie.)** *Revue d'Hygiène. Paris. 1893.*

D. berichtet über mehrere Beobachtungen von diphtheritischer Ansteckung in kopfreichen Familien, in denen das ersterkrankte Kind im Hospital behandelt und geheilt entlassen war, und dann während der Reconvalescenz zu Hause den Bruder und die Schwester ansteckte. Diese Beobachtungen werden unterstützt durch den experimentellen Nachweis, dass aus dem Speichel der geheilten Kinder nach Diphtherie noch lange Zeit virulente Diphtheriebacillen cultivirt werden können. Verf. verlangt deshalb die Einrichtung von Special-Reconvalescentenhäusern für Diphtheritis-Reconvalescenten. MENDEL.

72) **Redactionelle Notiz. Die Hilfe des New Yorker Gesundheitsamts bei der Diagnose der Diphtherie. (The New York City Board of Health's aid in the diagnosis of diphtheria.)** *N. Y. Med. Journ. 1. Juli 1893.*

Das New-Yorker Gesundheitsamt will jetzt einen Versuch machen, in allen Fällen von Diphtherie und von Halsaffectionen, die dieser soweit ähneln, dass sie den Arzt ebenso wie die Familie des Betroffenen erschrecken, amtlich die bakteriologische Diagnose zu stellen. Der Hausarzt hat dabei weiter nichts zu thun, als etwas Material von der erkrankten Stelle mit einem Wattebäuschchen zu entnehmen und dies über ein ihm zur Verfügung gestelltes Culturröhrchen zu streichen; dieses wird dann einem der bekannt gegebenen und nahe gelegenen Laboratorien des Amtes zugestellt. Innerhalb 24 Stunden und früher erhält der Arzt in den Fällen, in denen es nöthig ist, telephonische Mittheilung von dem Resultat der bakteriologischen Untersuchung. LEFFERTS.

73) **J. B. Lawford. Augenstörungen im Anschluss an Diphtherie. (Ocular lesions following diphtheria.)** *London Clinical Journal. 1893. II. 203.*

Dem Ref. nicht zugänglich. MACKENZIE JOHNSTON.

74) **Fr. Veronese** (Triest). **Die postdiphtheritische Herzlähmung.** *Wiener klin. Wochenschr. 1893. No. 17, 18, 19, 20, 21 u. 22.*

Diese wichtige anatomisch-pathologische und klinische Studie kommt zu folgenden Schlüssen: Die Herzlähmung tritt nicht plötzlich, sondern nach pro-

dromalen Erscheinungen, meist bei Kindern zwischen 6 und 14 Jahren, besonders bei schwächlichen auf; die mahnenden Erscheinungen sind Schwäche, Herzerweiterung, Schmerzen im Epigastrium, Pulsus rarus und zuletzt einige Syncope-Anfälle. Prognose sehr dubiös. Die anatomische Grundlage ist verschieden, bald Degenerationen des Muskels, bald die der Nerven, so des Vagus, Sympathicus, des Plexus coeliacus. Wahrscheinlich sind die Nervenerkrankungen die häufigere Ursache. Therapie: Ruhe, Kräftigung, Strychnin, Kampher. CHIARI.

75) **Donath. Diphtherische Hemiplegie.** *Neurol. Centralbl. 1893.*

Dem Ref. nicht zugänglich. SEIFERT.

76) **R. Walker** (Calcutta). **Diphtheritis. (Diphtheria.)** *Indian Medical Record. Mai 1893.*

Nicht zugänglich. MACKENZIE-JOHNSTON.

77) **Missaglia. Hygienische Maassnahmen gegen Diphtherie. (Considerazioni igieniche sulla profilassi della difterite.)** *Giorn. de R. Soc. d'Igiene. 1893. No. 7.*

Nichts Neues. TOTI.

78) **Nesemann. Zur Behandlung der Diphtherie.** *Aerztl. Praktiker. Hamburg. 1893. p. 753.*

Dem Ref. nicht zugänglich. SEIFERT.

79) **Seibert** (New York). **Submembranöse Behandlung der sichtbaren Rachendiphtherie.** *Jahrb. f. Kinderheilk. XXXVII. 1. 1893.*

S. injicirt mittels einer von ihm zu diesem Zwecke construirten Spritze (mit 5 kurzen Hohlnadeln) in die diphtherischen Membranen 1—2mal täglich je 2—6 Spritzen voll 0,4 proc. frisches Chlorwasser. Die Anzahl der zu machenden Einspritzungen richtet sich theils nach der Ausdehnung des Belages, theils nach dem Schwinden der Allgemeinerscheinungen. Ausserdem werden $^1/_4$ stündliche Gurgelungen von $^1/_2$—1 Theelöffel angewandt von folgender Lösung:

Tinct. Jodi 2,0, Kali jodat. 1,0
Acid. carbol. gtt. X Aq. destill. 120,0.

SEIFERT.

80) **J. Lewis Smith. Der Werth des Wasserstoffsuperoxyds bei Diphtherie. (The value of peroxid of hydrogen in diphtheria.)** *Phil. Med. News. 10. Juni 1893.*

Verf. hat Fälle beobachtet, bei denen die Anwendung einer Wasserstoffsuperoxydlösung von 15 Volumprocent, verdünnt mit 2 Vol. Wasser, eine Reizsteigerung erzeugt hat und in 3 Fällen hat er sogar die Bildung eines fibrösen Häutchens unter dem Einfluss dieses Mittels gesehen. Nach der Application des Mittels im Zerstäuber hat er das Auftreten von Heiserkeit constatirt; beim Aussetzen des H_2O_2 verschwanden alle diese Erscheinungen sofort. Der Reiz war wahrscheinlich in diesen Fällen dadurch bedingt, dass das Präparat freie Säure enthielt. Verf. hat festgestellt, dass die Marchand'sche Lösung 0,3 g, die der

Oakland Company 0,18 und das Squibb'sche Präparat 0,15 g Natr. bicarbonic. auf 30 ccm zur Neutralisation der Säure erfordert. Dr. Squibb hat ihm mitgetheilt, dass eine H_2O_2-Lösung von neutraler oder alkalischer Reaction sich bei gewöhnlicher Temperatur in einer Menge von 2—3 Volumen pro Tag zersetzt. Verf. empfiehlt deshalb jedesmal nur die geringe Menge von Wasserstofflösung, die gebraucht werden soll, unmittelbar vor der Benutzung mit wenig Natrium bicarbonicum zu neutralisiren. LEFFERTS.

81) **W. Maddren. Die Behandlung des wahren Croups nach der Corbin- oder Brooklyn-Methode. (Treatment of true croup. The Corbin or Brooklyn method.)** *Brooklyn Med. Journ. August 1893.*

Die Methode wurde zuerst geübt von Dr. Corbin (Brooklyn N. Y.) im November 1874. Die Idee derselben ist, die entzündlichen Producte in der Luftröhre durch Zerstäubung von Quecksilberdämpfen, die der Pat. inhaliren muss, zu zerstören. Zu diesem Zwecke sollte der Pat. unter eine Art Zelt von Leinentüchern, Decken oder was an derartigem Material zur Verfügung steht, gelegt werden und die sublimirten Dämpfe von weissem Quecksilberoxyd einathmen; später wurde dafür das Calomel eingesetzt. 65 Brooklyner Aerzte und 11 von auswärts haben auf diese Weise 505 Fälle von echtem Croup mit Calomeldämpfen behandelt. Von diesen heilten 275 Fälle = 54,5 pCt. 85 Fälle wurden tracheotomirt oder intubirt, nachdem die Methode der Sublimation ohne Erfolg geblieben war; davon heilten 29 Fälle. Zieht man diese von der Gesammtzahl der Heilungen (275) ab, so bleibt ein Procentsatz von 48,7 als Heilungen ausschliesslich nach der Calomel-Sublimationsmethode. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

82) **M. G. Tull. Behandlung der Diphtherie. (Treatment of diphtheria.)** *Med. Progress. August 1893.*

Verf. berichtet über 9 Fälle, die alle zur Heilung kamen. Die Behandlung bestand in Darreichung von Tabloids aus Calomel 0,0012, Natr. bicarbon. 0,06, Ipecac. 0,006 halbstündlich, bis Stuhlgang erfolgt, dann weiter zweistündlich, daneben eine Mixtur von Eisen, Chinin, Kal. chlorat. und Kal. nitric., schliesslich locale Application einer Sublimatlösung 1:500.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

83) **E. Levy** und **H. E. Knopf** (Strassburg). **Combinirte Behandlung der Diphtherie mit Papayotin und Carbolsäure.** *Berliner klin. Wochenschrift. 1893. No. 32.*

Die Autoren haben 51 nicht ausgesuchte Fälle auf der Kinderklinik behandelt und von diesen 36 geheilt (1 nach Tracheotomie), 15 verloren (5 nach Tracheotomie). Die von ihnen empfohlene Behandlung besteht in Pinselungen mit folgender Mischung:

Papayotini (Gehe) 10,0
Acid. carbol. puriss. liquef. 5,0
Aqu. destill. ad 100,0
MDS. Vor dem Gebrauch umzuschütteln.

Damit wird in den ersten 2 Stunden alle 10 Minuten, nachher 2stündlich

auch während der Nacht sanft gepinselt. Daneben Eiscravatte, Inhalationen und reichlich Wein. LANDGRAF.

84) **P. Kostenkò. Zur Therapie der Diphtheritis. (K woprosu oletschenii diphtheri.)** *Wratsch. 1893. No. 50.*

K. empfiehlt gegen die Diphtheritis Pinselungen mit Petroleum, welches Mittel ihm in mehreren Fällen vorzügliche Dienste geleistet hat. LUNIN.

85) **Mac Donald Keith Norman** (Skye). **Die beste Behandlung der Diphtheritis. (What is the best treatment of diphtheria?)** *Edinburgh Med. Journal. Nov. 1893.*

Einige Bemerkungen über die Diphtheritis-Therapie.

Verf. setzt auseinander, wie er die Medicamente anwendet und welche am meisten zu empfehlen sind. P. MC BRIDE.

86) **C. W. Howatson. Quecksilberbijodid bei der Behandlung der Diphtheritis. (Biiodide of mercury in the treatment of diphtheria.)** *Prov. Medical Journal. 1893. p. 273.*

Dem Ref. nicht zugänglich. MACKENZIE JOHNSTON.

87) **Frölich. Ueber die Verwendung des Terpentins, besonders bei Diphtherie.** *Münchn. med. Wochenschr. No. 51. 1893.*

Empfehlung des Terpentinöls äusserlich zu Pinselungen und innerlich in Form von verzuckerten Kapseln, die beim Lutschen ihren Inhalt (5 Tropfen) auf den Rachen ergiessen; man kann bis zu 25 Kapseln pro die gehen; als Vorbeugungsmittel empfiehlt F. dreistündlich eine Kapsel eine Woche lang mit darauffolgender einwöchiger Unterbrechung. Der Fabrikant der Kapseln ist Bücking in Plauen bei Dresden; 12 Stück kosten 40 Pfennige, 24 Stück 75 Pfennige.

SCHECH.

e. Kehlkopf und Trachea.

88) **William Thorburn** (Manchester). **Bemerkungen über eine Gruppe von Symptomen, die gewöhnlich auf eine Dislocation des Halses zurückgeführt werden. (Note on a group of symptoms commonly attributed to dislocation of the neck.)** *Brit. Med. Journ. 11. Februar 1893.*

Der Verf. bespricht einen Zustand, der unter dem Namen der Dislocation bekannt ist; er meint, dass es sich dabei um eine thatsächliche Dislocation gar nicht handeln könne, sondern dass es eine Verlagerung des Kehlkopfes oder des Zungenbeins ist, die die Symptome verschuldet. MACKENZIE-JOHNSTON.

89) **Weiss** (Pest). **Welche Schlüsse können wir aus den anatomischen und physiologischen Verhältnissen des Kehlkopfes auf die Pathologie und Therapie desselben ziehen.** *Pest. med. chir. Presse. 1893. No. 38.*

Nichts Neues. CHIARI.

90) **Gesche. Acute Laryngitis.** Dissert. Kiel. 1893.

Dem Ref. nicht zugänglich. SEIFERT.

91) **H. S. Straight. Ein Fall von acuter primärer phlegmonöser Laryngitis. (Case of acute primary phlegmonous laryngitis.)** *Cleveland Med. Gazette. August 1893.*

Pat. war ein 35jähriger Mann. Nichts Bemerkenswerthes.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

92) **J. Coll y Bofill** (Barcelona). **Submucöse Kehlkopfentzündung. (Laringitis submucosa.)** *Gaceta médica catalana. 1893. No. 9. S. 257.*

Verf. berichtet die Krankengeschichte eines 4jährigen scrophulösen Mädchens, das in 4 Tagen an einer Kehlkopfsentzündung zu Grunde ging, welche Verf. aus catarrhalisch in submucös übergegangen erklärt und angiebt, dass er darunter die von den deutschen Kinderärzten als Laryngitis fibrinosa bezeichnete Krankheit versteht. GONGORA.

93) **L. Lucatello** (Genova.) **Beitrag zur Pathogenese der typhösen Larynxerkrankungen. (Contributo alla patogenesi delle affezioni laringee nella tifoide.)** *Gazz. degli Ospitali. 1893. No. 132*

L. hat bakteriologisch festgestellt, dass im lymphatischen Unterschleimhautgewebe des Larynx eine Localisation des Eberth'schen Bacillus beim Typhus stattfinden kann. Darin besteht die ätiologische Ursache der typhösen Larynxgeschwüre; die darauf folgenden Abscesse, Eiterinfiltrationen zwischen Perichondrium und Knorpel, sind ohne Zweifel auf eine secundäre Infection durch andere, besonders pyogene Mikroorganismen zurückzuführen. TOTI.

94) **Mabille. Larynxoedem als Complication eines Falles von ambulatorischem Typhus. (Sur un cas de typhus ambulatoire compliqué d'oedème du larynx.)** *La Clinique. No. 43. 1893.*

Der 23jährige wegen Glottisödem in's Spital aufgenommene Patient starb, nachdem dasselbe durch Eis zum Rückgange gebracht und wieder recidivirt war, ganz unverhofft in der Nacht in einigen Minuten an einem Erstickungsanfall, ohne dass man Zeit hatte, die Tracheotomie vorzunehmen. Bei der Obduction entdeckte man einen Typh. abdom. ambulat., in der Gegend des Kehlkopfeinganges Oedem des Zellgewebes mit eingestreuten Lymphocyten, jungzelliger Infiltration der Follikel und Schwellung der Unterkieferspeicheldrüse in Folge von chronischer Endoperiarteriitis und Veränderungen der Epithelialelemente. BAYER.

95) **Maire-Améro. Glottisoedem als Anfangssymptom der Bright'schen Krankheit beim Erwachsenen. (Oedème de la glotte considéré comme symptome primitif du mal de Bright chez l'adulte.)** *Thèse de Paris. 1893.*

Partielle Oedeme kommen in oft eigenartiger Ausbreitung im Verlaufe der Bright'schen Krankheit vor. Sehr häufig kommt ein derartiges Oedem im Kehlkopf vor, in dem dann oft eine geringe Läsion vorher besteht.

Das Bright'sche Oedem kann ganz plötzlich auftreten oder es entwickelt

sich nach und nach; die Nephritis ist entweder bereits diagnosticirt oder aber das Glottisödem bildet das allererste Symptom der Krankheiten. Die Tracheotomie wird häufig nothwendig; man soll sie möglichst früh machen.

MENDEL.

96) **Mendoza. Glottisoedem. (Oedema of glottis.)** *N. Y. Med. Record. 9. December 1893.*

Drei Injectionen von Pilocarpin wurden in Intervallen von 20 Minuten, im Ganzen 0,0025 g, gegeben; fünfzehn Minuten nach der letzten Injection waren alle bedrohlichen Symptome verschwunden. LEFFERTS.

97) **Dudefoy. Studie über die infectiöse Phlegmone des Rachens und Kehlkopfs. (Etude sur le phlegmon infectieux pharyngo-laryngé.)** *Thèse de Paris. 1893.*

Verf. stellt am Schluss seiner interessanten Arbeit folgende Sätze auf:

Unter der grossen Gruppe ödematöser Laryngitiden giebt es eine besondere Affection von infectiöser Natur, die durch eine eitrige Infiltration des Zellgewebes des Rachens und Kehlkopfs sich auszeichnet, und die man gewöhnlich mit dem Namen der infectiösen Rachen- und Kehlkopfphlegmone bezeichnet. Diese Krankheit hat neben den klassischen Zeichen jeder Laryngitis: Dyspnoe, Dysphagie und Schmerz noch die besonderen Symptome des brüsken Beginns, des ziemlich hohen Fiebers, der Allgemeinsymptome und der Albuminurie. Die Krankheitsdauer ist oft eine sehr kurze; der Tod der fast gewöhnliche Ausgang.

Die einzig mögliche Therapie besteht in der Tracheotomie, die man möglichst zeitig machen soll. MENDEL.

98) **Meli (Florenz) Ein Fall von chronischer Laryngitis. (Un caso di laringite cronica.)** *Gazz. degli Ospitali. 1893. No. 48.*

Nichts Neues. TOTI.

99) **Redactionelle Notiz. Chronische Congestion des Kehlkopfs. (Chronic congestion of the larynx.)** *N. Y. Med. Record. 9. December 1893.*

℞	Kreosot	15,0.
	Magnes. carbon.	6,0.
	Aqu. destill.	90,0.

M. D. S. 1 Theelöffel voll in einem Glas Wasser zum Inhaliren.

LEFFERTS.

100) **Moll. Behandlung der Pachydermie der Stimmbänder. (Traitement de la pachydermie des cordes vocales.)** *Revue de laryngologie. No. 15. 1893.*

Verf. sagt erst, was er unter dem Namen Pachydermia laryngis versteht und zeichnet das Symptomenbild dieser Krankheit. Von den verschiedenen Behandlungsmethoden, die für dieselbe in Frage kommen, empfiehlt er die Elektrolyse; er wendet dieselbe in 3 bis höchstens 5 Sitzungen und mit 10—12 Milliampère an. E. J. MOURE.

101) **Felix Semon** (London). **Ein klinischer Vortrag über Kehlkopftuberkulose. (A clinical lecture on laryngeal tuberculosis.)** *The Clinical Journal. Jan. 3. 1894.*

In diesem im St. Thomas-Hospital gehaltenen Vortrage giebt der Verf. eine Schilderung unseres gegenwärtigen Wissens von der Aetiologie, Symptomatologie, Diagnose, Prognose und Therapie der Kehlkopftuberkulose. Er ist ein Anhänger der Milchsäurebehandlung, und wenn nöthig, der Curettage, gepaart mit der innerlichen Darreichung des Kreosots in grossen Dosen, welche letztere Methode er gegenüber den kürzlichen Angriffen Stoerk's in Schutz nimmt.

Autoreferat.

102) **H. Clark. Ein typischer Fall von Kehlkopftuberkulose. (Laryngeal tuberculosis; a typical case.)** *Buffalo Med. and Surg. Journal. Dec. 1893.*

Nichts von besonderem Interesse. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

103) **Möller** (Pasewalk). **Das Verhalten der Schleimdrüsen bei Kehlkopftuberkulose.** Dissert. Würzburg. 1893.

Bestätigung der schon früher von Rindfleisch hervorgehobenen Bedeutung der Drüsen und ihrer Ausführungsgänge für die Weiterentwicklung und das Tieferdringen des tuberkulösen Geschwüres. SEIFERT.

104) **Michel Dansac. Läsionen der Nerven bei den tuberkulösen Aryknorpelentzündungen; tuberkulöses Pseudo-Neurom des Kehlkopfs. (Lesions des nerfs dans les arytenoidites tuberculeuses. — Pseudo-neurome tuberculeux laryngé.)** *Annales des maladies de l'oreille et du larynx. No. 12. 1893.*

Der Verf. sagt: Die tuberkulöse Infiltration der Aryknorpel muss von dem wirklichen Glottisödem getrennt werden, welches stets mit hyperplastischen Erscheinungen an den Nerven einhergeht, nämlich mit Neubildung der hypertrophirten Nerven und mit einer von den hypertrophirten Axencylindern beeinflussten perineuritischen Sklerose.

Die tuberkulöse Aryknorpelentzündung kann als ein bacilläres und tuberkulöses Pseudoneurom angesehen werden. Der Verf. stützt seine Ansicht auf mikroskopische Schnitte, die er demonstrirt. E. J. MOURE.

105) **Redactionelle Notiz. Gegen Kehlkopftuberkulose. (Tuberculosis of larynx.)** *N. Y. Med. Record. 9. December 1893.*

℞	Tannin (pur.)	3,0.
	Acid. carbol. cryst.	1,0.
	Aqu. destill.	300,0.
	Glycerin	10,0.

S. Als Spray anzuwenden. LEFFERTS.

106) **S. E. Solly. Bericht über Fälle von tuberkulöser Laryngitis, die in Colorado Springs behandelt wurden. (Report upon cases of tubercular laryngitis treated in Colorado Springs.)** *Therapeutic Gazette. 15. November 1893.*

Eine Analyse von 45 Fällen, die in den 6000 Fuss hoch gelegenen Colorado

Springs behandelt wurden. Das Ergebniss spricht dafür, dass bei frühen oder mittelvorgeschrittenen Fällen das Höhenklima im Verein mit sonstiger zweckmässiger Behandlung relativ, wenn auch nicht absolut gute Chancen bieten und zwar ebenso bei Kehlkopf- wie bei Lungentuberkulose.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

107) **Theodor Heryng** (Warschau). **Die Erfolge der chirurgischen Behandlung der Kehlkopfphthise bei 252 Fällen. (Results of the surgical treatment of laryngeal phthisis based on 252 cases.)** *Journal of Laryngology. August and September 1893.*

Nach einigen allgemeinen Bemerkungen über die chirurgische Therapie der Kehlkopfphthise bespricht H. in detailirter Weise einige der behandelten Fälle. An einem Präparate, das von einem dieser Fälle stammt, vermag er zu demonstriren, wie eine vollständige Heilung der Geschwüre Platz greifen kann, und dass auch unter dem Narbengewebe keine Tuberkel oder Bacillencolonien sich finden. Verf. bespricht alle die Einwände, die man gegen seine Therapie gemacht hat und schliesst mit ein paar Krankengeschichten von Fällen, in denen die Pat. für lange Zeiten ganz frei blieben oder doch für kürzere Perioden erheblich gebessert.

MACKENZIE-JOHNSTON.

108) **Louis Hélary. Die chirurgische Behandlung der Kehlkopfphthise. (Traitement chirurgical de la tuberculose laryngé.)** *Thèse de Paris. 1893.*

In seiner interessanten Arbeit stellt Verf. zuerst in recht vollständiger Weise alle Formen zusammen, in denen die Kehlkopftuberkulose auftritt, er zeigt dann, wie wenig Erfolg von einer medicamentösen Behandlung zu erwarten ist und erklärt sich für die chirurgische Therapie, die die functionellen Störungen: die Dysphagie, die Dyspnoe und die Dysphonie zu bessern vermag. Die bevorzugte Methode ist bekanntlich die Curettage, die Exstirpation der infiltrirten Massen der Arygegend; die Laryngofissur tritt ihr gegenüber in den Hintergrund. Auch die Exstirpation des Kehlkopfs ist wegen der Schwere des Eingriffs zu verwerfen.

MENDEL.

109) **Cambana. Ein Fall von schwerer Larynxphthise erfolgreich behandelt mit Hodenextract. (Cas de phthisie laryngée grave traitée avec succès par le liquide testiculaire)** *Société de biologie. 7. Januar 1893.*

Es handelt sich um einen reichen Eigenthümer von 37 Jahren, der mit Larynxtuberkulose erkrankte, die durch folgende Symptome charakterisirt wurden:

Sägeförmige Ulcerationen des linken Stimmbandes, Erosionen des Epiglottis, erhebliches Oedem des Lig. ary-epiglotticum (Haselnussgross) und Obliteration des Ventriculus Morgagni durch die ödematöse Schwellung.

Ueber den Lungenspitzen keine Veränderungen. Der Verf. machte dem Pat. Injectionen der Brown-Séquard'schen Flüssigkeit. Nach 16 Injectionen constatirte er bedeutende Besserung im Kehlkopf: es existirte nur noch eine geringe Schwellung des Crico-arytaenoidgelenks, so dass die Bewegung des linken Stimmbandes mechanisch etwas behindert ist, keine Ulcerationen. Jetzt kann nach Poyet von einer tuberkulösen Laryngitis nicht mehr die Rede sein.

MENDEL.

110) **Ozoux. Oedem der Glottis nach einer syphilitischen Ulceration; Tod. (Oedème de la glotte consécutif à une ulceration syphilitique. Mort.)** *Journ. de medecine de Bordeaux. 12. 1893.*

Demonstration der Präparate, es handelt sich um einen Patienten, der plötzlich an Asphyxie zu Grunde ging. Bei der Autopsie fand sich Geschwürsbildung in der Trachea, an den Stimmbändern, ferner eine Arthritis crico-arytaenoidea und ein Oedem der ganzen hinteren Kehlkopfpartien; auf das Ensemble dieser Läsionen muss der Exitus zurückgeführt werden. E. J. MOURE.

111) **Gentile. Die Influenza und das respiratorische Organ. (L'influenza e l'organo respiratorio.)** *Boll. d. Clin. Milano. XX. 1.*

Nach einem gewöhnlichen Influenzaanfall stellten sich bei einer 40jährigen Dame Zeichen von ernster Larynxstenose plötzlich ein. Die vorgeschlagene Tracheotomie wurde nicht gestattet. Kurz, es handelte sich um einen Fall von Larynxlues, wo die sofort eingeleitete specifische Behandlung (hypodermisch) vollständige Heilung herbeiführte. TOTI.

112) **Baccelli** (Rom). **Intravenöse Sublimatinjectionen bei einem Falle von Zungensyphilis. (Iniezioni intravenose di sublimato in un caso di sifiloma della lingua.)** *Gazz. med. di Roma. 1893. No. 13.*

Nachdem die üblichen specifischen Behandlungsmethoden vergeblich versucht worden waren, wurden Sublimateinspritzungen in die Venen hineingemacht. Es genügten davon 24 (je 5 mg) um die Heilung der sehr grossen Ulceration, die die Zunge in zwei Hälften getheilt hatte, herbeizuführen. TOTI.

113) **J. M. Bleyer. Acht Fälle von syphilitischer Kehlkopfstenose verursacht durch Bildung einer Membran, operirt durch eine Combination von Messer und Tubage. (8 cases of syphilitic stenosis of the larynx caused by a web formation, operated on by my method of combined tubage and the knife.)** *Journ. Am. Med. Assoc. 25. November 1893.*

B.'s Methode besteht darin, dass er zuerst mit dem Lennox Browne-schen scharfen Dilatator die Haut durchschneidet und dann mit einer Intubationsröhre, die mindestens 2 Wochen getragen wird, die Oeffnung erweitert.

Das Verfahren ist radicaler, als das der einfachen Dilatation, weil dabei die Verschlussmembran rascher zerstört wird; die Heilung hat dann auch mehr Aussicht, eine bleibende zu werden. W. J. SWIFT (LEFFERTS.)

114) **A. Sokolowski. Lues hereditaria tarda laryngis.** *Gaceta lekarska. 1893. No. 37*

Bei einem 15jährigen bisher gesunden Mädchen, deren allgemeiner Zustand ebenso wie die inneren Organe nichts Abnormes zeigte, entwickelten sich im Kehlkopf Infiltrate und Geschwüre am rechten Taschen- und Stimmbande. Am freien Rande des Kehldeckels sass eine kleine in Heilung begriffene Ulceration. Heiserkeit, kein Husten, kein Auswurf, keine Dysphagie. Lymphdrüsen nicht geschwollen. Die Diagnose wurde durch die Aussage des Vaters der Pat. aufgeklärt, der zugestand, vor Jahren an schwerer Syphilis gelitten zu haben und

dabei erklärte, dass auch die Mutter der Patientin von ihm inficirt worden war. Eine specifische Cur war vom besten Erfolg gekrönt und war nach 6 Wochen die Stimme wieder erlangt.

T. HERYNG.

f. Schilddrüse.

115) **Gley. Schilddrüsen und Nebenschilddrüsen beim Hunde. (Glandes et glandules thyroides du chien.)** *Société de Biologie. 25. Februar 1893.*

G. hat beim Hunde dieselben Nebenschilddrüsen, die in embryonalem Zustand geblieben sind, gefunden, wie beim Kaninchen. Er hat das Vorhandensein dieser Organe bei allen Thieren constatiren können, bei denen er bisher danach gesucht hat.

Die Nebendrüse findet sich im allgemeinen im oberen Drittel der vorderen Fläche jedes Lappens, mehr nach dem vorderen Rande zu, als dem hinteren, ziemlich oberflächlich in die Fläche eingebettet, doch deutlich von deren Substanz geschieden.

MENDEL.

116) **G. E. Anson** (Dunedin). **Myxoedem. (Myxoedema.)** *New Zealand Medical Journal. 1893. p. 169.*

Dem Ref. nicht zugänglich.

MACKENZIE-JOHNSTON.

117) **A. Flöystrup** (Kopenhagen). **Ueber Myxoedem. (Om Myxödem.)** *Medicinsk Aarsskrift. Köbenhvn. 1893. p. 48—60.*

Uebersichtsartikel.

SCHMIEGELOW.

118) **Kraepelin (Heidelberg). Ueber Myxoedem.** *Deutsch. Arch. f. klin. Medicin. Bd. 49. H. 6. 1892.*

Mittheilung dreier Fälle, bei welchen sämmtlich eine Vergrösserung des Durchmessers der rothen Blutkörperchen bestand. K. glaubt deshalb, dass dies ein typisches Symptom des Myxödems sei und dass das letztere wahrlcheinlich eine Stoffwechselerkrankung ist. In einem vierten Falle bestanden ausgebildete Tetanieanfälle.

SCHECH.

119) **R. N. Buchanan** (Glasgow). **Ein Fall von Myxoedem in einem frühen Stadium. (Case of myxoedema in an early stage.)** *Glasgow Medical Journal. Juni 1893.*

Der Fall, der eine Frau von 58 Jahren betrifft, wurde von B. in der Medico-Chirurgical Society of Glasgow demonstrirt. Prof. Gairdner knüpft ein paar Bemerkungen an denselben an.

P. MC. BRIDE.

120) **J. W. Alexander** (Rainhill). **Ein Fall von Myxoedem bei einem Geisteskranken. (Note on a case of myxoedema occurring in an insane patient.)** *Medical Chronicle. Juni 1893.*

Der Pat. war bereits geisteskrank, als das Myxödem in Erscheinung trat.

Dasselbe war der Therapie nicht zugänglich, der Geisteszustand verschlechterte sich jedoch nicht, sondern blieb wie zuvor. MACKENZIE-JOHNSTON.

121) **John Thomson. Bericht über einen Fall von Myxoedem, der bald nach dem Beginn der Schilddrüsenbehandlung letal endigte. (Note on a case of myxoedema which ended fatally shortly after the commencement of thyroid treatment.)** *Edinburgh Med. Journal. Mai 1893.*

Der Pat. starb unter Erscheinungen von Herzinsufficienz; es fanden sich am Herzen fibröse und fettige Degeneration. Wo Herzschwäche besteht, soll man die Dosis der Schilddrüse möglichst klein nehmen. P. MC BRIDE.

122) **Thomson. Ein Fall von sporadischem Cretinismus erfolgreich behandelt durch Verfütterung von Schilddrüsen. (A case of sporadic cretinism successfully treated by thyroid feeding.)** *Phil. Med. News. 17. Juni 1893.*

Der Fall, der einen 18jährigen jungen Menschen betrifft, ist bereits in dem Edinburgh Medical Journal (CDLV p. 1022) publicirt. LEFFERTS.

123) **G. H. M. Dunlop** (Edinburgh). **Sechs Fälle von Myxoedem unter Behandlung mittelst Verfütterung von Schilddrüsen. (Six cases of myxoedema treated by thyroid feeding.)** *Edinburgh Med. Journal. Mai 1893.*

Die beiden ersten Fälle betreffen 2 Schwestern, die beide zur Heilung kamen. Auch die Mutter und eine dritte Schwester dieser Pat. scheinen an Myxödem gelitten zu haben, das aber zur Zeit, wo diese beiden starben, nicht erkannt war.

Die anderen Fälle beanspruchen geringeres Interesse. In 3 Fällen war die Zunge bedeutend vergrössert und in 2 Fällen der weiche Gaumen afficirt.

P. MC BRIDE.

124) **C. J. Beadles. Behandlung des Myxoedems. (Treatment of myxoedema.)** *Journal of Mental Science. 1893. XXXIX. p. 343.*

Dem Ref. nicht zugänglich. MACKENZIE-JOHNSTON.

125) **Geo W. Crary. Ein Fall von Myxoedem mit Schilddrüsenextract per os behandelt und eine Beschreibung der Präparationsmethode des Extractes. (A case of myxoedema treated with thyroid extract by the stomach and a description of the method of preparing the extract.)** *N. Y. Medical Record. 17. Juni 1893.*

Die Anwendung des Glycerinextracts ist angenehmer, eleganter und auch exacter als die der Drüse selbst. Auch die Darreichung per os erscheint C. als sicherer, als die subcutane Injection und sie hat den grossen Vortheil, dass man relativ kleine Dosen in häufigeren Wiederholungen geben kann, ohne dass der Pat. belästigt wird und ohne dass der Arzt beständig zugegen sein muss.

LEFFERTS.

126) **F. J. Pätiälä** (Finland). **Myxoedem. (Myxodemasta.)** *Duodecim. 1893. IX. S. 137. Helsingfors.*

Die Arbeit ist dem Ref. nicht zugänglich. SCHMIEGELOW.

127) **Schotten (Cassel). Ueber Myxoedem und seine Behandlung mit innerlicher Darreichung von Schilddrüsensubstanz.** *Münchn. med. Wochenschr. No. 51 u. 52. 1893.*

Mittheilung dreier Fälle. In dem ersten Falle wurde die Schilddrüse vom Schafe in Dosen zu 5,0 in rohem Zustande fein zerhackt mit etwas Salz und Pfeffer zwischen Weissbier gegeben, im Ganzen 38,75 g. Mehrmals traten bedrohliche Erscheinungen auf, die 53jährige Frau wurde aber völlig geheilt. Bei einer 18jährigen mit cretinoider Idiotie behafteten Kranken trat ebenfalls sehr beträchtliches Zurückgehen aller Erscheinungen auf, später aber wieder Verschlimmerung. Die dritte Kranke, die 35jährige Schwester der zweiten, zeigte ebenfalls Erscheinungen des Myxödems, aber völlig normales geistiges Verhalten, weshalb von einer Behandlung abgesehen wurde. SCHECH.

128) **Leichtenstern (Cöln). Ein mittelst Schilddrüseninjection und Fütterung behandelter Fall von Myxoedema operativum.** *Deutsche medicin. Wochenschr. 1893. No. 49, 50.*

Eine höchst werthvolle Arbeit mit zahlreichen sich für ein Referat nicht eignenden Details. Der erste Fall einer Heilung eines operativen Myxödems. Leichtenstern stellt sich ganz auf die Seite der Autoren, welche den Zusammenhang zwischen Schilddrüsenatrophie und Totalexstirpation einerseits, Myxödem und Cachexia strumipriva andererseits als feststehend erachten. Der jetzt 38jährigen Patientin war in ihrem 27. Jahre wegen hochgradigster Athembeschwerden die Totalexstirpation gemacht worden. Innerhalb der ersten Tage nach der Operation hatte sie 3 Anfälle von Bewusstlosigkeit mit Opisthotonus und Convulsionen. Bald nach der Entlassung zeigten sich die ersten Symptome des Myxödems, welches sich zu einem sehr bedeutenden Grade entwickelte, so dass der Fall geradezu klassisch genannt werden kann. Aus der Schilderung möchte ich nur hervorheben, dass bereits vor der Operation eine Bewegungsbeschränkung des linken Stimmbandes bestanden hatte, welche sich vor der Behandlung noch insofern geltend machte, als die Bewegungen des linken Stimmbandes nicht so prompt erfolgten, wie die des rechten. Die Stimmbänder waren dabei dicker, ohne breiter zu sein, ihr freier Rand abgerundet. Ausführliche geschichtliche Notizen vervollständigen die Arbeit. LANDGRAF.

g. Oesophagus.

129) **G. Sclavunos (Würzburg). Ueber Oesophagitis dissecans superficialis mit einem Beitrag zur Kenntniss des Epithels des Oesophagus des Menschen.** *Virch. Arch. CXXXIII. Heft 2.*

Unter der Einwirkung mehrmaligen Trinkens von starkem Spiritus wurde das für Flüssigkeit sehr durchlässige Epithel alterirt; dann wirkte der Spiritus auf die subepithelialen Gefässe entzündend ein, so dass es zu einer Durchtränkung der Propria der Schleimhaut mit einem serösen Exsudat kam. So lockerte sich das Epithel von seiner bindegewebigen Grundlage; unter dem Einfluss der

dabei ausgelösten Contractionen der Musculatur riss es ein; der abgelöste Theil des Epithels wirkte als Fremdkörper und löste Brechbewegungen aus, so dass schliesslich der Epithelüberzug aus dem Munde herausbefördert wurde. — Untersuchungen am gesunden Oesophagus zeigten, dass die Zellen der Keimschicht des Epithels des Oesophagus des Menschen sich durch protoplasmatische Brücken verbinden, ebenso wie die Zellen des Stratum Malpighii der Haut, und dass die Eleidinkörper auch im Epithel des Oesophagus des Menschen vorkommen.

A. ROSENBERG.

130) **Urcelay. Varicen des Oesophagus.** Dissert. Berlin. 1893.

Dem Referenten nicht zugänglich. SEIFERT.

131) **Eddison. Letale Blutung aus varicösen Venen des Oesophagus. (Fatal hemorrhage from varicose oesophageal veins.)** *British Medical Journ. 4. Februar 1893.*

E. berichtet der Leeds and West Riding Medico-Chirurgical Society kurz über den Fall eines 60jährigen Mannes mit Lebererkrankung und Syphilis, der durch eine Ruptur von Venen im Oesophagus zu Grunde ging. Der Verf. hält derartige Blutungen für weniger selten, als man gewöhnlich annimmt.

MACKENZIE-JOHNSTON.

132) **N. Wolkowitsch** (Petersburg). **Ein Fall von Schwefelsäure-Vergiftung mit Veränderungen im Oesophagus und Magen und einigen Zufälligkeiten während der Operation. (Slutschai otrawlania sernoi kisletoi, pojasniajutschi, s odnoi storoni, biwajutschia pri etom ismenenia w pitschewode i schelutke etc.)** *Wratsch. 1893. No. 40.*

Stenose des Oesophagus nach Schwefelsäurevergiftung. Als der Magen an die vordere Bauchwand angenäht wurde, um nach einigen Tagen eine Magenfistel anzulegen, konnte Pat. wieder schlucken. Die Fistel wurde doch angelegt, um von unten her die Oesophagusstenose zu erweitern, was vom Munde nicht gelang. Nach den ersten Dilatationsversuchen collabirte Pat. und starb bald unter den Erscheinungen einer inneren Verblutung. Section: Narbenstenose des Oesophagus oberhalb der Cardia, grosses Blutcoagulum im Magen, ausgebreitete oberflächliche Geschwüre und Narbenstränge der Magenschleimhaut. Aus solch einem Geschwür hatte die Blutung stattgefunden.

Verf. führt eine Anzahl Fälle aus der Literatur an, in denen gleichfalls nach der Fixirung des Magens an die Bauchwand Durchgängigkeit des Oesophagus sich einstellte und räth in solchen Fällen sich damit zu begnügen.

LUNIN.

133) **W. Afanasieff** (Petersburg). **Perforation der Speiseröhre und der Brustaorta durch eine Fischgräte. (Slutschai probodenia pitschewoda i grudnoi aorti ribnoi kostiu.)** *Medis. 1893. No. 16.*

Die Fischgräte hatte sich in dem unteren Theil des Oesophagus eingekeilt und führte zur Perforation der obengenannten Organe. Tod am 9. Tage durch plötzliche starke Blutung. LUNIN.

134) **W. H. King. Behandlung von Oesophagusstricturen mittelst Elektrolyse. (Treatment of oesophageal stricture by electrolysis.)** *Hahnemannian Monthly. December 1893.*

Ein Bericht über 6 Fälle: ein Oesophaguscarcinom, eine spasmodische Strictur, eine narbige und drei fibröse; eine der letzteren wurde von einer schweren Bronchitis und Tracheitis abgeleitet, bei der die Entzündung auf den Oesophagus übergegriffen hätte. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

135) **A. P. Gerster. Oesophagotomie. (Oesophagotomy.)** *N. Y. Med. Record. 23. December 1893.*

Die Incision soll ausgiebig genug gemacht werden, um ein bequemes Manipuliren ohne erheblichen Zug zu gestatten. Stumpfes Vorgehen ist zu vermeiden, da die Gewebe leichter septischer Infection zugänglich sind, wenn sie gezerrt, als wenn sie scharf durchschnitten wurden. Die Incision soll gerade auf dem Sternocleido-mastoideus und parallel seinem vorderen Rande liegen; sie führt von dicht unter dem Ringknorpel bis zum Sternalansatz des Kopfnickers.

LEFFERTS.

III. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) Pariser Gesellschaft für Laryngologie.

Sitzung vom 6. Januar 1893.

Martin: Empfindung von Fremdkörpern im Larynx unterdrückt durch Cocain.

Gewisse Kranke glauben einen Fremdkörper im Kehlkopf zu haben; die Anaesthesie, die das Cocain erzeugt, lässt sie annehmen, dass der Fremdkörper entfernt ist. Redner hatte 2 mal Gelegenheit, dies zu beobachten; der eine Kranke wollte eine Gräte verschluckt haben, der andere gab an, dass ihm ein Kirschkern im Rachen stecke.

Ruault: Mandelmykose.

R. bespricht einen Fall von Angina mit weissem Exsudat, das aus Epithelialtrümmern, Coccen und vor allem Leptothrixmassen zusammengesetzt war; dasselbe überkleidete die Mandeln, ohne in die Schleimhaut selbst einzudringen.

Sitzung vom 3. Februar 1893.

Gellé: Die Rolle des Traumas bei der Deformation der Nasenscheidewand.

Für die Septumdeviationen ist das Trauma von der allergrössten Bedeutung,

besonders wenn es in die Zeit eines krankhaften Zustandes trifft eder von einem solchen gefolgt ist.

Martin: Ein Fall von Eunuchen-Stimme.

Die laryngoskopische Untersuchung zeigte, dass das betreffende Individuum nicht blos mit der Glottis ligamentosa sprach, sondern dass sich auch die Aryknorpel an einander legten. M. ertheilte dem Pat. einen Sprachunterricht, genau wie man ihn einem stotternden Kinde giebt; er hatte den Erfolg, eine natürlich klingende Stimme zu erzielen. E. J. Moure.

---

b) Gesellschaft für Laryngologie, Otologie und Rhinologie in Bordeaux.

Sitzung vom 22. November 1892.

Moure: Um das Trauma mit seinen späteren gefährlichen oder doch zum mindesten sehr lästigen Folgen zu vermeiden, das man mit dem gewöhnlich angewandten Perforator bei der Eröffnung der Kieferhöhle setzt, bedient sich Redn. einer besonderen galvanischen Spitze. Mit diesem Instrument dringt er in den Sinus vor, ohne dass die ganze Knochenwand fracturirt wird.

Sitzung vom 17. Januar 1893.

Beausoleil: Die Gefahren und Nachtheile gewisser Kehlkopf-Zangen.

Redn. bespricht einen Unfall, der ihm während einer endolaryngealen Operation passirte. Es handelte sich um einen Patienten, der ein polypöses Knötchen am rechten Stimmband hatte, das mit einer Zange mit Schiebefenster entfernt werden sollte. Während der Operation brach die eine Branche der Zange ab und blieb im Kehlkopf stecken, zum Theil im Ventrikel verborgen. Zum Glück liess sich das Fragment, dank der starken Cocainisirung, ziemlich leicht entfernen. Das peinliche Ereigniss war auf eine Auftreibung im Stahl und auf die Schwierigkeit der Oeffnung der Zange zurückzuführen.

Beausoleil: Ein neues Polypotom.

B. demonstrirt ein Polypotom, bei dem infolge eines besonderen Mechanismus der Faden automatisch unmittelbar nach der Entfernung der Polypen in seine ursprüngliche Stellung zurückkehrt.

Sitzung vom 17. Februar 1893.

Thomas: Zur Behandlung der Stimmbandknötchen und der Kehlkopftuberkulose mittelst der Schwefelwässer.

Redner bekennt sich als Gegner der Operation für die Stimmbandknötchen, hält aber bei der Kehlkopftuberkulose die Schwefelquellen nicht für indicirt. An

der Discussion über beide Fragen betheiligen sich die Herren Moure, Rozier, Beausoleil und Badal.

Terron: Abscess der Kieferhöhle.

T. stellt einen Kranken mit einer Affection vor, über die es schwer ist, ein sicheres Urtheil zu gewinnen, die aber sehr wahrscheinlich einen Abscess der Kieferhöhle darstellt.

E. J. Moure.

---

c) Französische Gesellschaft für Laryngologie.

Mai 1893.

Cartaz: Empyem der Kieferhöhle.

Redn. giebt einen historischen Ueberblick über die Entwicklung dieses Gegenstandes und bespricht dann die Aetiologie der Erkrankung, die am häufigsten an Krankheitsprocesse der Zähne sich anschliesst. Er erwähnt die drei Behandlungsmethoden: 1. Die Eröffnung von der Nase aus, die nur, wo die Zähne ganz gesund sind, vorgenommen werden soll. 2. Die Eröffnung von dem Alveolus aus. 3. Die Eröffnung des Antrum von der Fossa canina aus, die als letztes Auskunftsmittel zu gelten hat. Im Allgemeinen erfolgt die Heilung, wenn der Abscess frisch ist, sehr schnell; langsam dagegen, wenn der Abscess seit langem besteht.

Moure: Das Empyem der Keilbeinhöhle.

Acute Empyeme entstehen im Gefolge von Coryza; die chronischen Empyeme sind ziemlich häufig und sind sehr oft die Ursache der Nasenrachencatarrhe, die allen gebräuchlichen Behandlungsmethoden widerstehen. M. empfiehlt die Auswaschung durch die natürliche Oeffnung; nur wo dieses nicht möglich ist, soll man eine künstliche Oeffnung machen. Neben der Ausspülung werden Pulvereinblasungen, Cauterisation oder Auskratzung in jedem Falle angewandt werden müssen.

Lacoarret: Eiterung der Stirnhöhle.

L. bespricht zuerst die verschiedenen Symptome dieser Erkrankung, darauf die Ergebnisse der objectiven Untersuchung. Das eitrige Sekret ergiesst sich direct nach vorn, die vordere Partie des mittleren Nasengangs entlang. Die Ausspülung soll durch die natürlichen Wege erfolgen. Der Catheterismus gelingt in etwa 80 pCt. der Fälle. Die Trepanation vom Gesicht aus braucht nur selten stattzufinden.

Garel: Die Behandlung der Kehlkopftuberkulose.

Die Behandlung muss verschieden sein, je nachdem es die Glottis ist, die hauptsächlich afficirt ist, oder dysphagische Beschwerden im Vordergrund stehen. Der Redn. empfiehlt Pinselungen mit Milchsäurelösungen von 20—28 pCt. Die intratrachealen Injectionen von Menthol- und Kreosotlösungen haben ebenfalls

vortreffliche Resultate ergeben. Die Schwefelwässer führen leicht zu Congestionen und sollen deshalb nicht angewandt werden.

Castex: Die chirurgische Behandlung der Kehlkopftuberkulose.

Die chirurgische Behandlung ist indicirt, wo die medicamentöse nicht mehr ausreicht, wenn der lokale Zustand für eine solche geeignet ist und der Allgemeinzustand keine Contraindication giebt. Zuerst ist dann die Curettage am Platze; ist diese nicht mehr ausreichend, so soll man nicht zögern, die Laryngotomie zu machen, deren Technik in jedem Falle eine andere ist, je nach der Gegend, in der man eingreifen will.

Labit: Lymphangiom des Mundes und Gaumensegels und Angio-Lymphangiom des Gaumensegels.

L. berichtet über zwei interessante Beobachtungen; im ersten Fall handelte es sich um ein typisches Lymphangiom, das den Mund und die Gaumenbögen ergriffen hatte und das Bild kleiner seröser Cysten darbot. Der zweite Fall betrifft ein Kind, das einen congenitalen Tumor des Gaumensegels hatte. Die histologische Untersuchung erwies, dass es sich um ein Angiom mit Erweiterung der Lymphgefässe handelte. Der Redn. bespricht eingehend die Pathogenese dieser seltenen und wenig bekannten Affection.

Garel: Gutartige Mykose des hinteren Schlundes.

G. hat 29 Fälle dieser Art beobachtet und hält einen catarrhalischen Zustand der Schleimhaut des Nasenrachenraums für eine wichtige Vorbedingung für die Entwicklung der Mykose.

Raugé: Mikroskopische und bakteriologische Untersuchungen über die Mykose.

R. demonstrirt verschiedene Präparate; er hält die Identität des Parasiten der Rachenmykose und des gewöhnlichen Leptothrix buccalis nicht für erwiesen, da sich morphologische Abweichungen zwischen beiden finden.

Combe: Syphilitische Nekrose des Oberkiefers.

Der von C. beobachtete Fall ist interessant durch den schleichenden Verlauf der Affection und seine diagnostischen Schwierigkeiten.

Chabory: Secundärer Krebs der Schilddrüse nach primärem Kropf.

Der Tumor war kindskopfgross; die Lymphdrüsen an der Carotis waren geschwollen.

Beausoleil: Knochencysten der mittleren Muscheln.

Redn. hat 2 Fälle von cystischer Dilatation der mittleren Nasenmuschel beobachtet. Die Tumoren glichen Fremdkörpern der Nasenhöhle; sie waren in dem einen Falle mit Kalksalzen incrustirt. Mit dem Messer drang man leicht in das Innere der Kalkschicht. Diese war in dem einen Falle von Schleimpolypen erfüllt. — Redn. bespricht die verschiedenen Anschauungen über die Bildung

dieser Cysten. Die Behandlung muss stets radical sein; am besten ist es, die Tumoren vollständig abzutragen und danach mit dem Galvanokauter zu ätzen.

Moll: Behandlung der diffusen Pachydermie der Stimmbänder.

Das Leiden ist eine Abart der chronischen catarrhalischen Laryngitis mit Hypertrophie im Bereich der Apophyse und mit Verdickung des hinteren Endes der Stimmbänder. M. berichtet von einem Fall dieser Art, den er mittelst Electrolyse geheilt hat.

Onodi: Function des Musc. crico-thyreoideus.

Durchschneidung der beiden Nn. laryngei inferiores führt nicht zur Mittelstellung der beiden Stimmbänder, wen die Trachea offen ist. Jene kommt aber zu Stande, wenn die Trachea geschlossen ist, das Stimmband bleibt jedoch nur kurze Zeit in der Mittelstellung; vielleicht ist dies eine Art Reflexwirkung, die von den Hautnerven ausgeht.

Lavrand: Aetiologie der Kehlkopfpolypen.

Nach L. entstehen die Polypen unter dem Einfluss wiederholter Reizungen der Schleimhaut der Stimmbänder und einer excessiven Function des Sprachorgans. Sehr häufig geht ein Kehlkopfcatarrh dem Erscheinen des Neoplasmas voraus.

Poyet: Wiederholte submucöse Stimmbandblutungen.

Redner hat 3 Fälle dieser Art beobachtet; bei zweien war ein Gefäss rupturirt, der dritte betraf einen Hämophilen.

Joal: Hämoptysen und Blutungen der Zungenmandel.

J. hatte Gelegenheit 3 Patienten zu sehen, die alle Zeichen der Tuberkulose darboten und bei denen die blutige Expectoration aus kleinen Geschwürchen und Gefässrupturen stammte, welche im Bereich der hypertrophischen Zungentonsille zu constatiren waren.

Natier: Ein Fall von Pharyngitis hämorrhagica.

Ein junger Mann von 20 Jahren hustete nach einer geringen Anstrengung der Stimme 4 oder 5 Mund voll Blut aus. Durch genaue Untersuchung stellte N. fest, dass das Blut aus der hinteren und seitlichen Rachenwand stammte.

Wagnier: Behandlung der Pharyngomykose mit wasserfreier Chromsäure.

W. bedient sich des Chromsäure-Anhydrats, das er auf die Spitze einer Sonde anschmilzt und mit dem er die mykotischen Stellen touchirt. Im allgemeinen kommt er mit einer 8tägigen Behandlung aus.

Castex: Erythem des Gesichts nach Cocain.

Redner beobachtete bei einer Dame nach Einführung eines in Cocain getränkten Wattetampons ein schmerzhaftes Erythem, das über das ganze Gesicht sich verbreitete und achtundvierzig Stunden andauerte.

Moure: Angiokeratom des Stimmbands.

Der Tumor war hirsekorngross und sass ungestielt auf der Schleimhaut. Die mikroskopische Untersuchung ergab eine analoge Zusammensetzung, wie sie der 1889 von Dubreuilh beschriebene Tumor auf der Haut hatte. Daneben hatte der Kranke noch auf der Dorsalfläche des Zeigefingers ein Sarcoma fasciculatum.

Cartaz: Mehrere Fälle von grippaler Laryngitis.

Die Laryngitis bei Grippe bleibt zumeist einfach catarrhalisch, manchmal jedoch kommt es zu erosiven Ulcerationen, zu Paralysen und zu ödematösen Zuständen. In einem Falle, den C. beobachtete, sass das Oedem in der Regio arytaenoidea; die Tracheotomie war ohne Erfolg.

Bouffé: Die nasale Stenose und ihre Behandlung.

B. empfiehlt die einfache Erweiterung mittelst Bougies von sehr schnell zunehmendem Caliber.

Bonain: Behandlung der Diphtherie des Larynx.

Redner empfiehlt Terpenthin-Essenz 150 : 500 g in 24 Stunden.

Audubert: Ein Fall von tertiärer Larynxerkrankung.

Es bestand erhebliche Dyspnoe in Folge der Enge des Laryxeinganges, an dem eine ausgesprochene Infiltration und zwei enorme Wucherungen ihren Sitz hatten. Diese wurden mit dem Galvanocauter abgetragen und darauf mit metallischen Bougies die Dilatation vorgenommen. E. J. Moure.

---

d) Die laryngologische Section des XI. Internationalen Medicinischen Congresses.

Rom, 29. März bis 5. April 1894.

Erste Sitzung.

Allgemeine Discussion über Pachydermia laryngis.

B. Fränkel (Referent): Bei der diffusen Form der P. laryngis handelt es sich um eine, manchmal sehr ausgeprägte Epithelverdickung, die ihren Lieblingssitz an den Stellen hat, wo sich normales Pflasterepithel befindet, welche aber manchmal auch die Gegend des Cylinderepithels einnimmt, nachdem dieses eine Umwandlung in Pflasterepithel eingegangen ist. Aber auch das Bindegewebe nimmt an der Läsion Theil, indem sich neue Papillen bilden, und die präexistirenden eine Verlängerung und Vergrösserung eingehen. Die Grenze zwischen Epithel und Bindegewebe ist meist scharf und mit einiger Uebung ist die Unterscheidung zwischen Pachydermie und Epitheliom immer möglich. Die P. wird am häufigsten an der vorderen Fläche der hinteren Larynxwand und am Proc. vocalis beobachtet. Hier findet man häufig auf der einen Seite Bildung eines schaligen Geschwülstchens, das in eine entsprechende Delle am Processus der

anderen Seite passt. Pachydermatische Stellen findet man am häufigsten bei Tuberkulose, Syphilis, Alkoholismus, chronischem Katarrh und Carcinom des Larynx, manchmal findet man Pachydermie im Verlaufe acuter Infectionskrankheiten, z. B. Influenza. Die Pachydermie kann auch Ursache von Perichondritis sein, wie dies F. in einigen Fällen am Sectionstisch sah.

O. Chiari (Referent): Beschäftigt sich mit der Therapie. Dieselbe soll zuerst der Grundkrankheit Rechnung tragen. Der begleitende Katarrh soll durch Milchsäure, Jodkali etc. behandelt werden. Die sogenannten Sängerknoten zu exstirpiren, hält Ch. für gefährlich; besser behandelt man dieselben mit Pinselungen und Cauterisationen. Auch die locale Application von Kali causticum ist dazu empfohlen worden. Zur Exstirpation eignen sich die typischen Fälle von Pachydermie der Plica interarytaenoidea. Ch. empfiehlt auch die Elektrolyse (bipolare Methode) zu versuchen.

Discussion:

Damieno hat einen Fall genau histologisch untersucht und gefunden, dass das subepitheliale Bindegewebe vollständig fehlte, und nur kleinzellige Infiltration an seiner Stelle sich befand. Er hält die krebsige Umwandlung der Pachydermie für unmöglich.

Raugé: Die Essenz des pachydermatösen Processes besteht in den Epithelveränderungen.

Moll empfiehlt die elektrolytische Behandlung.

Onodi stellt ein Phantom aus Papier maché zu didactischem Zwecke, und zwar um die Bewegungen der Larynxmuskeln und die Theilung und den Verlauf der Larynxnerven zu demonstriren, vor.

Chiari bemerkt, dass betreffs der Innervation dieses Phantom den Exner-schen Befunden nicht entspricht.

Onodi: Die Exner'schen Befunde beziehen sich auf Kaninchen und Hunde. Man ist nicht berechtigt, dieselben ohne Weiteres auf den Menschen zu übertragen.

Chiari giebt zu, dass Exner das Vorhandensein eines N. laryngeus medius beim Menschen nur angenommen hat.

Onodi stellt schräge Frontalschnitte des Schädels vor, die die Verhältnisse zwichen Stirnnasencanal und Cellulae ethmoidales ant. deutlich zeigen.

Onodi berichtet über die centrale Innervation des Larynx. Er hat Resultate erhalten, die mit denen von Semon und Horsley sich decken und nie die Ergebnisse der Masini'schen Experimente beobachtet. Er hat das Vorhandensein von Larynxcentren in den Corpora quadrigemina gefunden.

Semon bemerkt, dass solche Ergebnisse einen besonderen Werth haben würden, wenn sie demonstrirt würden.

Onodi: Die Section der Corpora quadrigemina ist ein zu schwieriger Eingriff, dass man ihn bei Gelegenheit eines Congresses zu wiederholen versuchen könnte.

Dionisio demonstrirt ein besonderes Instrument zur Stillung der schweren Nasenblutungen. Es ist ein Kautschucksäckchen, das, in die betreffende Fossa nasalis eingeführt, aufgeblasen oder mit Glycerin gefüllt werden kann.

Sendziak spricht über Aetiologie der acuten folliculären Mandelentzündung.

Strazza: Ueber Aetiologie der Ozaena. Er hat sich durch verschiedenste, genaueste bacteriologische Untersuchungen überzeugt, dass Mikroorganismen dabei keine Rolle spielen.

Massei: Die Milchsäure bei den verschiedenen Formen der chronischen Laryngitis. Empfiehlt 8—10 Mal täglich Einstäubungen 2proc. Milchsäure. Er hat zwei Sängerknoten, die allen anderen Behandlungsmethoden widerstanden hatten, auf diese Weise schnell schwinden sehen.

Semon: Die Methode, die sich ihm bei der Behandlung der Sängerknoten am meisten bewährt hat, ist längere vollständige Stimmruhe. Galvanokaustik ist gefährlich wegen der ausstrahlenden Wärmewirkung auf das gegenüberliegende Stimmband.

Schmidt plaidirt für die Exstirpation des Sängerknötchens mittelst einer speciellen Zange.

Semon: Nachdem er in einem Falle ganz unerwartete vollständige Stimmänderung nach galvanokaustischer Behandlung erhalten hat, hat er keinen Muth mehr, dieselbe zu empfehlen.

Heryng ist geneigt zur Exstirpation, nur dass man gut schneidende Instrumente besitzen muss.

Schmidt operirt nur dann, wenn die gewöhnlichen Behandlungsmethoden im Stiche lassen. Er hat gute Resultate von der Operation gehabt.

Botey ist für die Galvanokaustik: der Kauter soll eine sehr feine und rechtwinklige Spitze besitzen.

Chiari hat für die Galvanokaustik dieselben Bedenken wie Semon. Aehnliches denkt auch Heryng.

Catti zieht die Exstirpation mit kleinen gut schneidenden Zangen vor.

Zweite Sitzung.

Schmiegelow referirt über die Intubation bei Erwachsenen. Beschreibt ausführlich Geschichte und Technik. Demonstrirt eine gekrümmte Röhre, die ihm bei einem besonderen Falle sehr nützlich war.

Heryng und Schmidthuisen beschreiben specielle Dilatationsprocesse.

Massei hebt die Bedeutung einer fleissigen laryngoscopischen Untersuchung hervor, zur Entscheidung der Frage, ob die Tube in situ bleiben können wird oder nicht. Auch die Natur und das Stadium der Grundkrankheit müssen berücksichtigt werden, ehe man sich zu intubiren entscheidet.

Michael und Lubliner beschreiben besondere von ihnen ersonnene Instrumente und Eingriffe zur Erleichterung der Intubation und für specielle Bedingungen.

Moure. Vergleich zwischen Elektrolyse und anderen chirurgischen Methoden bei der Behandlung der Verbiegungen und Auswüchse der Nasenscheidewand. Beschreibt Geschichte und Technik der Elektrolyse. Empfiehlt die bipolare Methode, den Gebrauch von Stahlnadeln und die Einführung letzterer an einer gewissen Entfernung von der Wand. Kritisirt den Gebrauch von Sägen und anderen Instrumenten wegen der durch sie veranlassten Blutung. In einigen Fällen hat ihm ein (demonstrirtes) rhomboidales zweischneidiges Messer gute Dienste geleistet.

Sajous zieht die bipolare Methode vor, hebt aber die Gefahr von Septumperforation und Perichondritis hervor.

Botey. Die Perforation ist nur dann möglich, wenn auf der anderen Seite des Septums eine starke Concavität ist. Bei gleichmässigen einseitigen Deviationen räth B. die subperichondrale Ausschneidung eines Stückes Knorpel auszuführen.

Rosenfeld zieht, wenn die stenosirende Masse aus Knorpel besteht, die Galvanokaustik vor und will die Elektrolyse für die Fälle von knöchernen Auswüchsen reserviren.

Ruault ist mit der Elektrolyse sehr zufrieden. Er fürchtet weder Perforation noch Perichondritis. Bei mehr nach hinten gelegenen Auswüchsen zieht er den Gebrauch von schneidenden Zangen vor. Bei longitudinalen gleichmässigen Verbiegungen hat er circa 30mal die subperichondrale Knorpelresection vergeblich versucht. Es bleibt daher nichts übrig dabei zu thun, als ein Loch ins Septum zu bohren.

Chiari hat die Elektrolyse versucht; er ist mit ihr nicht sehr zufrieden und meint, es lohne sich nicht, seine Zeit mit einer so langwierigen Methode zu verlieren.

Moure resumirt die geäusserten Meinungen, antwortet einigen Einwänden und hebt hervor, dass man bei der Behandlung der fraglichen Zustände individualisiren muss.

Sokolowski spricht über Laryngitis hypoglottica chronica. Er hat 6 Fälle beobachtet. Was die Aetiologie anlangt, so hat er sich überzeugt, dass es sich nicht in allen Fällen um einen scleromatösen specifischen Process handelt. Er hat nur in zwei Fällen die Mikulicz'schen hyalinen Zellen gefunden. In der Mehrzahl seiner Fälle war Typhus die Grundkrankheit. Was die Therapie betrifft, so ist er mit den Dilatationsprocessen nicht zufrieden. Die Kranken selbst verlieren leicht die Geduld dazu. Er zieht die Laryngotomie mit Entfernung des hyperplastischen Gewebes vor. Durch diese Operation haben er und seine Collegen 10 Heilungen erzielt.

Schadewaldt hat von der Laryngotomie kein Resultat gehabt.

Sokolowski. Der Unterschied dürfte in der Verschiedenheit der Fälle seinen Grund haben. Man darf nicht die wahre Laryngitis hypertrophica chronica mit Residuen von Perichondritis zusammenwerfen.

Catti beschreibt den pharyngo-laryngealen Typus der acuten Miliartuberculose. Dieser Typus ist nicht allzu selten, besonders bei Kin-

dern, und kann einen so raschen Verlauf annehmen, dass eine Verwechselung mit Diphtherie leicht geschieht.

Massei demonstrirt einen hübschen Apparat zur Vorstellung laryngoscopischer Bilder; er wird Projections-Praxinoskop genannt.

Braun spricht über vibratorische Massage der oberen Luftwege, beschreibt die Technik und erzählt die von ihm erhaltenen Resultate. Er habe mehrere Ozänafälle, hunderte von chronischen Catarrhen, 40 Fälle von Nasalasthma, 68 Reflexneurosen, 140 Hypertrophien der Tuba Eustachii geheilt. — Die Technik sei schwierig, zur Erlernung derselben seien Glaube und Sicherheit des Erfolges nothwendig.

Laker spricht in demselben Sinne.

Garnault ist mit der Massage sehr zufrieden.

Masucci im Allgemeinen auch. Bei Ozaena hat er wenig befriedigende Resultate zu verzeichnen. Die Methode ist schwierig. — Bei Tuberculose ist Massage zu widerrathen.

Schmidt ist mit der Massage zufrieden, zieht aber vor, dieselbe mittelst eines elektrischen Apparates auszuführen.

Chiari hat 2 Jahre lang Massage geübt: der Effect ist gleich wie nach Pinselungen. Die Heilung der Ozaena darf nur eine relative sein.

Dionisio übt die Massage seit zu kurzer Zeit, um sich über ihren Werth aussprechen zu können. Er hat nur die Absicht, eine von ihm ersonnene Verbesserung der Technik zu empfehlen. Diese besteht darin, dass die Vibrationen nicht durch eine Sonde, sondern durch ein Kautschuksäckchen, das in die Nasenhöhle eingeführt und angeblasen wird, einer möglichst grossen Oberfläche der Nasenschleimhaut zugetragen werden. Der vibrationserregende Apparat ist eine Luftkammer, wo durch specielle Einrichtungen sehr schnelle (1000—4000 pro Minute) Vibrationen erzeugt werden können. Durch dieses Mittel ist es möglich, in einer Sitzung von 5 Minuten auf jeden Punkt der Schleimhaut 20000 Vibrationen auszuüben; diese Ziffer ist 10mal grösser wie diejenige, die man durch die gewöhnlichen Mittel erreichen kann.

Berliner demonstrirt sehr schöne von ihm selbst gemachte Wachspräparate zur Demonstration von makroskopischen Läsionen des Rachens und Kehlkopfes.

Chiari spricht über Bau und histologische Stellung der sogenannten Stimmbandfibrome, und demonstrirt mikroskopische Präparate, Zeichnungen und Photographien derselben. Er kommt zu dem Schlusse, dass die sogenannten Fibrome als umschriebene Hypertrophien der oberflächlichen Antheile des Stimmbandes zu denken sind und nicht als Fibrome, welche, aus der submucösen Schichte entspringend, die Schleimhaut ausstülpen. Die sogenannten Stimmbandfibrome müssen daher im Sinne Eppinger's Polypen genannt werden. Wahrscheinlich gilt dies auch für viele andere solche Geschwülstchen.

Dritte Sitzung.

Gouguenheim referirt über die chirurgische Behandlung der Larynxtuberkulose. Er schickt voraus, dass die Elektrolyse grosse technische Schwierigkeiten darbietet und bis jetzt kein Resultat gegeben hat. Galvanokaustik ist viel weniger wirksam, als chirurgische Behandlung. Tracheotomie ist nur dann berechtigt, wenn es sich um dringende Dyspnoefälle handelt, und zur Erleichterung der endolaryngealen Eingriffe. Er beschreibt die von ihm befolgte Technik und demonstrirt seine Löffel und Zangen. Wenn seine Pariser Collegen ihm über den Werth der chirurgischen Behandlung der Kehlkopftuberkulose nicht beistimmen, so hängt das davon ab, dass die Fragestellung nicht richtig geschieht. Die chirurgische Behandlung hat nur den Zweck, die Schmerzen, die Schluck- und Athmungsbeschwerden zu beseitigen. (Was die Schmerzen anbelangt, so hat ein Assistent von ihm demonstrirt, dass in den tuberkulösen Larynxgeweben eine Nervenneubildung statthat, welche die Häufigkeit und Intensität der Schmerzen bei der Kehlkopftuberkulose erklären dürfte). Bei den gewöhnlichen Fällen von Infiltration der Aryschleimhaut bedient er sich einer sagittal schneidenden grossen Zange (emportepièce), deren vordere Branche vor, deren hintere hinter die Arytaenoidalmassen eingeführt wird und exstirpirt letztere. Nach der Operation hat die Nachbehandlung mit Kampher-Naphtol die grösste Bedeutung. Die gesetzte Wunde wird somit nicht inficirt, und heilt binnen 2—4 Wochen. Die chirurgische Behandlung eignet sich auch für die auf Tuberkulose beruhende Pachydermie der hinteren Larynxwand. Diese muss mit dem scharfen Löffel möglichst tief ausgekratzt werden.

Heryng berichtet ausführlich über mehrere von ihm erhaltene Heilungen von tuberkulösen Larynxläsionen. Er giebt zu, dass in leichten Fällen die Krankheit von selbst heilen kann. Schwere Fälle aber, bei denen er gute Resultate gehabt hat, heilen sehr selten spontan. Die Hauptindication zur chirurgischen Behandlung wird von den Schmerzen, den Schluck- und Athmungsbeschwerden gegeben. Elektrolyse hat er versucht, aber keine befriedigenden Resultate erhalten.

Moure: Die chirurgische Behandlung ist bei acuten und bei chronischen ulcerösen Formen contraindicirt. Die circumskripten Formen geben die Hauptindication. Uebrigens ist die endolaryngeale Chirurgie bei Kehlkopftuberkulose nicht ganz ungefährlich. Ihm ist zweimal passirt, rasch zur Tracheotomie schreiten zu müssen.

Massei will „telegraphisch" sprechen über diese Frage, die „so ewig ist, wie die Stadt, wo der Congress gehalten wird". Er kommt auf seine alte Empfehlung der Kehlkopfexstirpation wegen Tuberkulose zurück. Er giebt an, sich in letzter Zeit zur chirurgischen endolaryngealen Behandlung „bekehrt" zu haben. Aber er empfiehlt gleichzeitig warm das Phénol sulforiciné.

Egidi: Bei 3 Fällen, die die Tracheotomie nöthig gemacht hatten, hat er die Krankheit rasch heilen sehen, und schreibt dies der dem Larynx somit gegebenen Ruhe zu.

Garel: Man beobachtet Heilungen von tuberkulösen Läsionen auch bei schweren Fällen und ohne chirurgische Eingriffe. Die allgemeine Behandlung ist

die Hauptbedingung, die chirurgische ist ein Accessorium. Auch er hat sehr günstige Resultate von der einfachen Tracheotomie gesehen.

Trifiletti lobt sehr den Gebrauch von Phénol sulforiciné; es ist ein wichtiges antiseptisches und vernarbendes Mittel.

Ruault ist mit letztem Mittel sehr zufrieden.

Sokolowski berichtet über die von ihm erhaltenen Resultate durch Larynxfissur und Exstirpation der tuberkulösen Gewebe.

Schmidt erwähnt seine ersten vor 14 Jahren angestellten Versuche einer chirurgischen Behandlung der Kehlkopftuberkulose, und ist mit den Fortschritten sehr zufrieden, die man in diesem Sinne gemacht hat. Er räth, zuerst die Milchsäurebehandlung zu versuchen; wirkt sie nicht, so soll man zu chirurgischen Eingriffen schreiten. Dadurch hat er in einem Drittel der Fälle relative Heilungen erzielt. Aber auch die Resultate, die man durch Tracheo- und Laryngotomie erhalten kann, sind nicht zu verachten.

Hopmann spricht zu Gunsten der Laryngotomie.

Fränkel hebt hervor, dass, wenn auch die von Heryng und Anderen erzielten Erfolge nicht zu leugnen sind, es unsere Pflicht ist, Indicationen und Gegenindicationen zur chirurgischen Behandlung scharf zu stellen. Man soll dabei nicht vergessen, dass mitunter auch schwere Fälle von selbst heilen.

Masucci ist von dem Nutzen der chirurgischen Behandlung überzeugt. Doch die Resultate der einfachen Tracheotomie sind nicht zu verachten.

Berliner hat durch chirurgische Behandlung von 26 Fällen 11 relative Heilungen erzielt.

Chiari operirt nur dann, wenn entschiedene Indicationen da sind: Schmerzen, Schluck- und Athmungsbeschwerden. Die allgemeine Behandlung ist die Hauptbedingung.

Roussel schlägt vor, die Membrana crico-thyreoidea zu perforiren, und antituberculöse Mittel in die Gewebe und ins Innere der Luftwege zu injiciren.

Fasano spricht über Larynxerysipel.

Flatau giebt das Resultat seiner Studien über Entstehung der Bauchrednerstimme wieder.

Heryng: Experimentelle Versuche einer localen Behandlung der Lungenkranhheiten durch Trachealeinspritzungen. Die eingespritzten Flüssigkeiten fliessen in die rechte oder linke Lunge, je nachdem das Thier nach rechts oder links gedreht wird, und in die tieferen Lungenpartien, wenn das Thier vertical bleibt. Die directe Einspritzung in das Lungenparenchym bewirkt Blutungen und Entzündungen, ist daher zu verwerfen. In der Leiche dehnt sich die Flüssigkeit auf weiter Oberfläche aus. Auch bei kranken Menschen hat H. angefangen, ähnliche Versuche anzustellen. Nach Cocainisirung des Kehlkopfes führt er in die Trachea durch eine lange Spritze 50 g von $^1/_{400}$ igem Solveol. Bis jetzt ist er nicht im Stande, über etwaige Resultate zu berichten. Er kann nur sagen, dass es ihm in einem Falle gelang, eine Caverne zu füllen, wie aus dem Umstande hervorging, dass an Stelle des tympanitischen ein dumpfer Schall nach der Einspritzung gefunden wurde.

Botey hofft, dass die Heryng'schen Versuche nicht resultatlos bleiben werden.

Hopmann hebt hervor, dass die ersten Versuche im Sinne der Heryngschen auf die allerersten Zeiten der Laryngologie zurückdatiren. Dieselben wären dann vielleicht nicht verlassen worden, wenn man das Cocaïn zur Verfügung gehabt hätte.

Cozzolino spricht über Ozaena. Er meint, dass diese Benennung weggelassen und von der anderen: Keratosis degenerativa saprophytica ersetzt werden muss. Zur Behandlung seiner Keratosis muss „die histologische Zusammensetzung der Schleimhaut geändert werden."

Vierte Sitzung.

Masini (Referent) spricht über motorische Innervation des Kehlkopfes. Er hebt die bekannten Meinungsverschiedenheiten zwischen ihm und Semon-Horsley hervor. Er giebt zu, vielleicht in seinen Folgerungen zu weit gegangen zu sein, hält es aber für unmöglich, dass ein geschickter Physiologe, wie Luciani, der seinen Experimenten beigewohnt hat, sich so grob getäuscht haben kann. Für ihn ist die prävalent gekreuzte Wirkung des Larynxcentrums eine oft und constant beobachtete, daher ausser Frage stehende Thatsache. Er hält übrigens die Unterscheidung der respiratorischen und phonatorischen Larynxmuskeln für eine scholastische. Alle Larynxtheile nehmen mehr oder weniger an beiden Functionen Theil. Auf der andern Seite ist nicht zu vergessen, dass peripherische Anastomosen der N. laryngei leicht vorkommen, und wenn man das Alles im Auge behält, so wird es in der Zukunft möglich sein, die Ursache der Verschiedenheit zwischen seinen und Anderer Resultate zu finden.

Semon hat nie einen gekreuzten oder auch nur prävalent gekreuzten Effect nach Stimulation oder Läsion des corticalen Phonationscentrums gesehen und hebt die klinischen Thatsachen hervor, die seinen und Horsley's Ergebnissen entsprechen. Wird Masini seine Ergebnisse zu demonstriren im Stande sein, so wird er sich gern bekehren.

Raugé pflichtet in der Erwartung, dass sich die Experimentatoren einigen, der Anschauung Masini's bei, weil dieselbe ihm den klinischen Thatsachen besser zu entsprechen scheint. Es hat keine Bedeutung, dass diese Thatsachen bis jetzt wenig zahlreich sind. Es kommt darauf an, dieselben zu suchen.

Garel spricht in demselben Sinne.

Burger hebt hervor, dass die klinischen Thatsachen, die man in dem weiten Felde der Hysterie täglich beobachtet, viel mehr den experimentellen Resultaten Semon's entsprechen.

De Tymososky spricht über den Werth der Elektrolyse in der Laryngologie, beschreibt deren Technik und Indicationen.

Heryng bezieht sich speciell auf die Pharyngitis granulosa, dabei

giebt er den Vorzug der Elektrotechnik. Die Granulationen sind nur dann zu zerstören, wenn sie Beschwerden machen, und man sich durch Sonderuntersuchung überzeugen kann, dass dieselben schmerzhaft sind.

Trifiletti hat bei experimentellen Versuchen auf den Recurrens gefunden, dass die Stimulation des centralen Stumpfes eine Bewegung des entsprechenden Stimmbandes hervorruft.

Moure spricht über Pathologie und Therapie des Ulcus perforans septi. Er acceptirt für seine Entstehung die Anschauung Hajek's. Das Geschwür stellt sich gewöhnlich in dem centralsten Theile des viereckigen Knorpels ein. In dem das Geschwür umgebenden Gewebe hat Sabrazès Bacillen gefunden, welche eine ätiologische Bedeutung haben dürften. In einem anderen Falle hat Moure in den umgebenden Geweben die Structur eines Adeno-Carcinoms gefunden. In einem weiteren Falle war das Geschwür hoch oben auf der verticalen Siebbeinplatte gelegen. Zur Behandlung räth er die Exstirpation der umgebenden Gewebe bis ins Gesunde.

Flatau räth durch zwei Lappen, einen vorderen und rechten, einen hinteren und linken, oder umgekehrt, die Perforation zu schliessen.

Schmidthuisen meint, dass weder die Moure'sche Exstirpation noch die Flatau'sche Lappendeckung nöthig sind. Es genügen wenige Höllensteinpinselungen dazu, die Perforationsränder zur Ueberhäutung zu bringen.

Masse beschreibt mehrere anatomische Besonderheiten der hypoglottischen Gegend, und hebt ihre Bedeutung für Physiologie und Pathologie hervor.

Botey empfiehlt bei verticalen gleichmässigen Deviationen der Nasenscheidewand die Resection eines Knorpelstückes, nach Unterminirung der Schleimhaut. Elektrolyse und Caustik helfen bei diesen Fällen nichts.

Isaïa empfiehlt bei atrophischer Rhinitis die Schleimhautmassage.

Botey erzählt mehrere Fälle von syphilitischer Lähmung der Kehlkopfmuskeln, wo die specifische Behandlung rasch Heilung brachte, während andere therapeutische Maassnahmen erfolglos geblieben waren.

Fünfte Sitzung.

Ueber das Masini'sche im Physiologischen Laboratorium gemachte Experiment hat der Herausgeber des Centralblatts schon referirt. (Vergl. Centralblatt X. S. 545.)

Aronsohn schlägt ein Schema zur Klassification der Gerüche vor.

Damieno spricht über Symbiose der Syphilis und Tuberkulose im Larynx. Er hebt hervor, dass es Fälle giebt, wo auch die mikroskopische Untersuchung exstirpirter Stücke im Stiche lässt.

Chiari spricht über die Operation der adenoiden Vegetationen. Er empfiehlt dazu am wärmsten den Gebrauch der kalten durch die Nase eingeführten Schlinge. Die Schlingenoperation ist auch bei sehr kleinen Kindern leicht

anwendbar, von keiner nennenswerthen Blutung oder Reaction gefolgt, meist in einer bis zwei Sitzungen zu vollenden; sie erfordert nur bei sehr widerspenstigen Kindern einige Assistenz.

Gazzia hat bei der acuten folliculären Glossitis den Diplococcus Fränkel in den geschlossenen, den Staphylococcus aureus in den offenen Follikeln gefunden.

Fortunato demonstrirt ein neues Tracheotom und schildert eine neue Tracheotomiemethode.

Corradi spricht über acute recurrente Entzündungen der Tonsillen und überhaupt der Fauces und ihre Behandlung. Solche Entzündungen verdanken ihre Entstehung localen Verhältnissen, und zwar dem Vorhandensein von Crypten und Vertiefungen der Tonsillen oder zwischen diesen und den Gaumenbögen und der Leichtigkeit, mit welcher Speisetheile hier stecken bleiben und sich zersetzen. Die Behandlung hat daher die Aufgabe, alle Vertiefungen und Sinusse weit zu eröffnen, was man durch den Gebrauch von Häkchen und von einem besonderen von C. erfundenen Instrumente erreichen kann.

Raugé spricht über das Infundibulum und die Oeffnungen der Nebenhöhlen. Er hebt hervor, dass eine ziemliche Confusion besteht zwischen wahrem Infundibulum und der von Testut beschriebenen Gouttière de l'infundibulum, welche sich nach oben in die Stirnhöhle und vorderen Siebbeinzellen fortsetzt, während nach aussen die Ausmündung der Highmorshöhle liegt. Die Gouttière hat daher eine grosse chirurgische Bedeutung, besonders bei Katheterismus der genannten Höhlen. Sie hat individuell grosse Schwankungen in ihrer Conformation, so dass es sich manchmal ereignen kann, dass der Katheterismus bei Seite gelassen werden muss, als ein viel schwierigerer und eingreifenderer Process, als die Perforation der Sinuswände.

Schliesslich sprechen:

Coen: Ueber Mutismus ohne Taubheit.

Gradenigo: Ueber bilaterale Empyeme der Highmorshöhle.

Secrétan: Ueber Larynxsklerom.

Petrilli: Ueber Behandlung der Diphtherie mit Schwefel.

Garel: Ueber Diagnose der Antrumeiterungen.

Egidi: Ueber chirurgische Behandlung des Kehlkopfkrebses.

Koch: Ueber Bronchitis fibrinosa essentialis chronica.

Moll: Ueber Behandlung der acuten Krankheiten der Nebenhöhlen.

v. Klein: Ueber adenoide Vegetationen.

Roquer y Casadesus: Ueber Nasen-, Pharynx-, Larynxreflexneurosen.

H. Toti (Florenz).

IV. Briefkasten.

Personalia.

Prof. Stoerk ist zum ordentlichen Professor ernannt worden.

Prof. Moritz Schmidt hat den preussischen Kronenorden zweiter Klasse erhalten.

Dem Herausgeber des Centralblatts ist der preussische Professortitel beigelegt worden.

Dr. J. W. Gleitsmann ist zum Laryngologen des deutschen Hospitals in New York ernannt worden.

Mit dem Beginne des neuen Jahrgangs sind mehrfache Aenderungen in dem Personaletat des Centralblatts zu verzeichnen. Herr Dr. Heryng ist von der ständigen Mitarbeiterschaft des Centralblatts zurückgetreten. Wir sagen ihm für seine zehnjährige Thätigkeit an dem Blatte unseren herzlichsten Dank. An seiner Stelle hat Herr Dr. A. v. Sokolowski (Warschau) die Berichterstattung für die in polnischer Sprache erscheinenden Arbeiten übernommen. — Statt des kürzlich ausgeschiedenen Herrn Mendel hat Herr Dr A. Cartaz (Paris) sich den Herren Moure und Luc als Mitarbeiter für Frankreich beigesellt. — Die in ungarischer Sprache erscheinenden Arbeiten werden in Zukunft von Herrn Prof. E. v. Navratil (Budapest) referirt werden. — Herr Prof. R. Semon (Jena) wird die Leser des Centralblatts in Kenntniss über in unser Specialfach einschlagende Arbeiten aus dem Gebiet der vergleichenden Anatomie halten.

Sammelforschung betreffend die operative Behandlung bösartiger Kehlkopfneubildungen.

Geehrter Herr Redacteur!

Am 31. December 1893 sind 20 Jahre verflossen seit der von Billroth zum ersten Mal wegen Larynxcarcinoms ausgeführten vollständigen Exstirpation des Kehlkopfes. Im Laufe dieser Zeit wurden ungefähr 200 Totalexstirpationen und beinahe 100 partielle Exstirpationen des Kehlkopfes, sowie ziemlich viele Laryngofissuren und endolaryngeale Operationen wegen bösartiger Tumoren (Carcinome und Sarcome) vorgenommen.

Es könnte scheinen, als ob diese Ziffer einen ausreichenden Begriff davon geben müsse, was die Wirksamkeit dieser oder jener Operationsmethode sei.

Dem ist jedoch nicht so. Noch heute bestehen sehr verschiedene Ansichten über diese Frage: die einen betrachten die Exstirpation des Kehlkopfs als die einzige rationelle Behandlungsmethode dieses Leidens — andere stellen ihre Berechtigung vollständig in Abrede. — Jedenfalls liegt die Schuld an diesen Meinungsverschiedenheiten daran, dass es an einer genauen Statistik — wenigstens in den letzten Zeiten — fehlt (seit der letzten Statistik sind ungefähr 4 Jahre verflossen).

Es wäre also von Interesse zu wissen, wie oft gegenwärtig diese Operationen (Laryngectomie, Laryngofissur etc) ausgeführt werden und welche Resultate sie geben. Es ist aber nicht leicht, eine genaue Statistik zu verfassen.

Ich bin zu der Ueberzeugung gekommen, dass das beste Mittel zu diesem Zwecke darin besteht, einen Aufruf an alle Laryngologen und Chirurgen ergehen zu lassen, mit der Bitte, mir sowohl die von ihnen operirten Fälle (im Laufe der letzten 20 Jahre bis 1. Juli 1894), wie ihre Ansichten über die ganze Frage gefälligst mittheilen zu wollen.

Um dieses zu erleichtern, lasse ich hier ein Schema folgen:

1. Des Operateurs (resp. Laryngologen) Name und Wohnort.
2. Alter und Geschlecht des Kranken.
3. Allgemeiner Zustand des Kranken (Lymphdrüsen afficirt oder nicht).
4. Laryngoskopisches Bild (rechte oder linke Seite etc.).
5. Diagnose (klinische resp. mikroskopische).
6. Datum der Operation (Tag, Monat, Jahr).
7. Art der Operation (endolaryngeale, Thyrotomie, Laryngectomia totalis und partialis).
8. Resultat der Operation (Tod — Ursache? — Recidive — wann? — Heilung — Datum der letzten Untersuchung resp. letzte Nachricht).
9. Quelle (veröffentlicht und wo?[1]) oder unveröffentlichte Fälle).
10. Bemerkungen (allgemeine Ansichten etc.).

Diesen Bericht in französischer, deutscher oder englischer Sprache bitte ich freundlichst an die Adresse des Unterzeichneten bald möglichst zu übersenden.

Indem ich hoffe, dass dieser Aufruf, welcher eine so wichtige Frage zum Ziel hat. freundliche Aufnahme bei Ihnen finden wird, bleibt mir nur noch übrig, allen geehrten Herren Laryngologen und Chirurgen im voraus meinen besten Dank für ihre gütige Unterstützung meiner Bemühungen zu sagen.

Gleichzeitig wird dieser Aufruf im Centralblatt für Chirurgie, sowie in anderen speciellen Zeitschriften veröffentlicht werden.

10 Juni 1894.

Dr. Jean Sendziak.
Warschau. Russisch-Polen.
189 rue Marszałkowska.

[Wir empfehlen den in vorstehendem Briefe angeregten Plan der thatkräftigen Unterstützung der Collegen auf's Wärmste. Wie Herr Sendziak richtig hervorhebt, gehen die Ansichten über die Räthlichkeit, resp. die Indicationen und die Methode der Radicaloperationen beim Kehlkopfkrebs noch heute weit auseinander und schon seit verhältnissmässig langer Zeit ist kein Versuch mehr gemacht worden, die inzwischen angesammelten Erfahrungen zu sichten und kritisch zu verwerthen, obwohl die vorliegende Frage bei der verhältnissmässigen Seltenheit der Operationen und der Vorliebe einzelner Operateure für bestimmte Methoden sich ganz eminent für eine solche allgemeine Enquête eignet. Auch der wiederholt lautgewordene, durchaus berechtigte Wunsch: dass einerseits auch die unglücklich verlaufenden Fälle berichtet, andererseits neue Erkundigungen nach den weiteren Schicksalen der als „geheilt“ berichteten Patienten eingezogen werden sollten, ist nur in sehr beschränktem Maasse in Erfüllung gegangen. — Aus allen diesen Gründen begrüssen wir gern den Vorschlag des Collegen Sendziak und hoffen, dass die Unterstützung der Collegen, welche über einschlägige Erfahrungen zu berichten haben, es ihm ermöglichen wird, denselben auf Grundlage so reichen Materials zu verwirklichen, dass seine Ergebnisse von grossem praktischem Nutzen sein werden. Was die specielle Legitimation des Herrn Sendziak anbetrifft, sich einer derartigen Aufgabe zu unterziehen, so brauchen wir die Leser des Centralblatts wohl nur daran zu erinnern, dass derselbe im vorigen Jahre bei der von der medicinischen Gesellschaft von Toulouse ausgeschriebenen Wett-

[1]) Bitte um Separat-Abdrücke, besonders früherer statistischer Arbeiten.

bewerbung für die beste Arbeit über die Diagnose und Behandlung des Kehlkopfkrebses den Preis bestehend in einer goldenen Medaille und 1000 Franken davongetragen hat. Vergl. Centralblatt VIII, p. 410 und IV, p. 114. Red.]

Laryngo-rhinologische Section der 66. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte.

Wien, 24. bis 30. September 1894.

Der Einführende (Prof. Stoerk) und die Schriftführer (Prof. O. Chiari, 12 Bellariastrasse I. Wien und Univ.-Assist. Dr. J. Koschier, 4 Alserstrasse IX. Wien) laden zur Betheiligung an den Arbeiten dieser Section, sowie an der während der Versammlung stattfindenden wissenschaftlichen Ausstellung ein, und bitten um frühzeitige Anmeldung von Vorträgen und Demonstrationen. Ein vorläufiges Programm soll Anfang Juli versendet werden.

Laryngo-otologische Section der 62. Jahresversammlung der British Medical Association.

Bristol, 31. Juli bis 3. August 1894.

Vorsitzender: Dr. P. Mc Bride.
Vicepräsidenten: Dr W. H Harsart und Dr. B. J. Baron.
Sekretaire: Dr. P Watson Williams, Victoria Square, Clifton, Bristol.
Dr. W. Milligan, 28 St. John Street, Manchester.

Die Sekretaire laden zur Theilnahme an den Sitzungen dieser Section und Anmeldungen von Vorträgen resp. von Betheiligung an den allgemeinen Discussionen ein Die Gegenstände der letzteren sind folgende:

1. (1 August.) Die Behandlung von acuten und chronischen Kehlkofstenosen. Referenten: Dr. D. Newmann (Glasgow) und Dr. W. P. Northrup (New York).
2. (2 August.) Die Prognose der chronischen, nicht eitrigen Otitis media ohne Ruptur des Trommelfells. Referenten: Mr. G. P. Field (London) und Dr. Th. Barr (Glasgow).
3. Die Diagnose und Behandlung des Empyems der Nebenhöhlen der Nase. Referenten: Dr. Greville Macdonald (London) und Mr. Charters Symonds (London).

Es sind bereits zahlreiche Anmeldungen zur Theilnahme an diesen Discussionen erfolgt, sowie viele private Vorträge angemeldet worden.

Sechszehnter Jahrescongress der American Laryngological Association.

Washington, 30. Mai bis 1. Juni 1894.

Das ausführliche und reichhaltige Programm des Congresses ging dem Centralblatt leider zu spät zu, um noch vor seiner Abhaltung veröffentlicht werden zu können. Ein ausführlicher Bericht wird seinerzeit, wie üblich, erfolgen.

Gedruckt bei L. Schumacher in Berlin.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XI. Berlin, August. 1894. No. 2.

I. Referate.

a. Aeusserer Hals, Medicamente etc.

1) **T. Brousses u. T. Brault. Phlegmone des Halses. (Phlegmon du cou.)** *Revue de chirurgie. 10. Februar 1893. p. 98.*

Die Verfasser stellen folgende Schlusssätze auf:

1. Es giebt eine richtige sublinguale Tasche, die vielleicht als Recessus glosso thyreo-epiglotticus bezeichnet werden kann; diese ist isolirter Entzündung fähig und kann zum Ausgangspunkt diffuser Halsphlegmonen werden.
2. Die Phlegmonen, welche von dieser Stelle aus sich entwickeln, haben in ihrem Beginne eine besondere Symptomatologie, die eine speciellere Diagnose ermöglicht.
3. Diese Phlegmonen sind ernst; von Anfang an bedrohen sie den Kranken mit Asphyxie, während später auch die Intoxicationserscheinungen eine Gefahr bedeuten.
4. Die Therapie muss anfänglich, solange die Entzündung noch enger auf die Ursprungsstelle begrenzt ist, in der Laryngotomia thyreo-hyoidea bestehen. Später, wenn die Eiterung auch die Regio subhyoidea ergriffen hat und die Affection kaum mehr von den tiefen Phlegmonen dieser Gegend zu unterscheiden ist, muss eine mediane Incision bis unter die Zungenbasis mit Durchtrennung der Mm. genio-hyoidei angelegt werden. LUC.

2) **Matignon. Angina Ludovici. (L'angine de Ludovig.)** *Revue de laryngologie. No. 10. 1893.*

Eine sehr ausführliche Arbeit, in der der Verf. ganz besonders die Pathogenese der Erkrankung und die Art ihrer Behandlung bespricht.

E. J. MOURE.

3) **W. H. Richardson. Geschwulst der Parotis. (Tumor of the parotid.)** *Boston Med. and Surg. Journal. 7. December 1893.*

Der Tumor, der von einem 54jährigen Manne stammt, war nach der mikroskopischen Untersuchung ein Myxochondrom. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

4) **v. Ohlen** (Marburg). **Beitrag zur Kenntniss der Parotisgeschwülste (Cylindroma und Chondromyxoma endotheliale).** *Beitr. z. pathol. Anat. v. Ziegler. XIII. Bd. 3 u. 4. 1893.*

Die histologische Untersuchung einer von der Parotis aus auf den Oberkiefer übergehenden Geschwulst ergab, dass es sich um ein Endothelsarkom mit hyaliner Degeneration handelte. Zwei weitere Fälle betrafen Mischgeschwülste, bei welchen ebenfalls eine Neigung der Zellen bestand, hyalin zu degeneriren.

SEIFERT.

5) **Blondeau** (Lille). **Ein Anencephale. (Monstre anencéphale.)** *Bull. Med. du Nord. XXXII. p. 161.*

Dem Ref. nicht zugänglich. LUC.

6) **J. A. Holmden. Verletzung der Art. lingualis und der Carotis externa. (Wound of the lingual and external carotid artery.)** *Lancet. 19. Aug. 1893.*

In einem Briefe an den Herausgeber erwähnt der Verf. einen Fall von Verletzung des Halses durch Bersten einer Bierflasche, der sich auf einem Schiffe ereignet hat.

Der Pat. verlor sehr viel Blut, doch liess sich die Blutung glücklich stillen durch Torsion und durch eine 120 Stunden hindurch aufrecht erhaltene Digitalcompression. MACKENZIE-JOHNSTON.

7) **H. Paynter Sloggett** (Melbourne Victoria). **Eine neue Schweinekrankheit in Victoria, ähnlich der menschlichen Diphtherie. (A new swine disease in Victoria resembling human diphtheria.)** Trans. 8. Sess. Intercolon. Med. Congress. Sydney. Juni 1893.

Die Krankheit brach in grossem Umfange unter den Schweinen aus und hatte eine Mortalität von 45 pCt. Die Thiere zeigten erhebliche Erschwerung der Athmung, Schaum vor dem Maule und Erstickungsanfälle. Die, welche zur Genesung kamen, zeigten Schwäche in den Beinen und ataktischen Gang. Bei der Section fanden sich Geschwüre am weichen Gaumen, an den Tonsillen, im Pharynx und Larynx; und an denselben Stellen Flecken von graulichen Pseudomembranen. Die Krankheit scheint den Thieren durch Verfütterung von rohen Fleischabfällen — wahrscheinlich von einem erkrankten Schafe — übermittelt zu sein. Bakteriologische Untersuchungen wurden nicht gemacht.

A. T. BRADY.

8) **Lemoine u. Linossier. Der Mechanismus des Wiederkäuens beim Menschen mit Merycismus. (Sur le mécanisme de la rumination chez l'homme atteint de mérycisme.)** *Société de Biologie. 25. März 1893.*

Der Mechanismus des Wiederkäuens ist von Chauveau und Toussaint studirt und klargelegt worden. Lemoine und Linossier legten sich die Frage

vor, ob derselbe beim Menschen mit Merycismus der gleiche ist. Die Resultate ihrer Untersuchungen bestätigen die Ansichten der erstgenannten Autoren.

Das Wiederkäuen des Menschen umfasst zwei Perioden:

1. Das Diaphragma geht nach abwärts, während die Glottis geschlossen bleibt, daraus resultiren 4 Erscheinungen:
   a) Verminderung des intra-thoracalen Drucks,
   b) Erweiterung des Oesophagus, in den die äussere Luft eindringt,
   c) Retraction des Thorax unter dem Einfluss des äusseren Luftdrucks,
   d) Zug des unteren Oesophagusendes nach abwärts; die Speiseröhre bildet mit dem Pharynx ein rigides Rohr.
2. Die Bauchpresse und die inspiratorischen Muskeln treten in Thätigkeit:
   a) die contrahirten Bauchmuskeln comprimiren den Magen, der zwischen zwei Muskelgruppen gepresst wird, die beide dahin wirken, seinen Inhalt zu entleeren,
   b) die inspiratorischen Muskeln, besonders die an den oberen Rippen inserirenden, erweitern den Thorax noch mehr, wodurch der negative Druck im Brustraum noch erhöht und der Mageninhalt angesaugt wird.

MENDEL.

9) **Neumann** (Pest). **Antipyrin als Lokalanästheticum für den Kehlkopf und Rachen.** *Ungar. Archiv für Medizin. 1893. II. Bd. 1. Heft. p. 76—81.*

N. empfiehlt das Antipyrin besonders als Analgeticum bei Phthisikern: es wirkt nicht toxisch, veranlasst keine Angewöhnung und wird zu 1 Gr. pro die angewendet; 30—50 proc. Lösungen wirken auch antibakteriell.

Er verwendete es in Form von Einblasungen mit Amylum bei geschwürigen und ödematösen Fällen von Larynxtuberkulose (10 Mal); die Geschwüre reinigen sich auch. Analgesie hält meist stundenlang an.

Versuche an Thieren gingen voraus. In der Nase versuchte er es noch nicht.

CHIARI.

10) **W. Wróblewski** (Warschau). **Ueber die Anwendung des Antipyrin als Anästheticum bei Erkrankungen der Nase, des Rachens und des Kehlkopfes. (O zastosowaniu antypiryny jako srodka znieczula jacego w chorobach nowa, gardzieli i krtani.)** *Gazeta lekarska. 1893. No. 41.*

Bei schmerzhaften entzündlichen Halsaffectionen versuchte Verf. Pinselungen mit Antipyrinlösungen mit relativ gutem Resultate. Der Effect war aber besser, d. h. längere Zeit anhaltender bei Benutzung folgender Lösung: Antipyrini 2,0, Cocaini 1,0, Aq. destill. 10,0.

Nach Pinselungen mit dieser Lösung konnte Verf. eine längere, bis 1 Stunde dauernde Operation in der Nase (Septum-Deviation, Entfernung von Knochenleisten) schmerzlos ausführen. Noch günstiger erwiesen sich submucöse Einspritzungen von 50 proc. Antipyrinlösung bei durch Larynxtuberkulose erzeugter hochgrädiger Dysphagie. Die Dosis betrug ca. 0,18. Die Einspritzung wurde mit

der Heryng'schen Kehlkopfspritze in die geschwollene Pars arytaenoidea ausgeführt. Die Dysphagie und die Schmerzen wurden dadurch während circa 12 Stunden beseitigt.

Durch submucöse Einspritzungen derselben Lösung konnten Tonsillotomien, ebenso wie Entfernung der sogenannten Zungentonsille schmerzlos ausgeführt werden. (Zur Tonsillotomie benutzt W., seit einigen Jahren durch den Ref. dazu angeregt, die galvanokaustische Schlinge.)

Ebenso günstig haben sich diese Einspritzungen als schmerzlindernd bei der chirurgischen Behandlung der Larynphthise erwiesen. Die volle Wirkung derselben tritt erst nach 15—20 Minuten ein. Die Dosis betrug 0,18—0,36. Ueble Nachfolgen hat W. bisher nach diesen Einspritzungen nicht beobachtet.

T. HERYNG.

11) **W. Wróblewski** (Warschau). **Ueber die Anwendung der Jodtinctur bei Nasen- und Rachenerkrankungen. (O zastosowaniu nalewki jodowej w chorobach gardzieli i nosa.)** *Gazeta lekarska. 1893. No. 10.*

Seit 2 Jahren benutzte Verf. Pinselungen mit Jodtinctur bei folgenden Erkrankungen des Rachens und des Nasenrachenraumes mit sehr gutem Erfolge:

Pharyngitis chronica sicca, chronischer atrophischer Retronasalcatarrh, Ozaena, Rhinitis atrophica, bei secundärer diphtheritischer Affection des Nasenrachenraumes (nach Operation der Tonsilla pharyngea), bei Blutungen aus dem Retropharynx, bei eitrigem Catarrh der Bursa pharyngea. Wegen der manchmal bedeutenden Schmerzen benutzt Verf. 5proc. Lösungen von Cocain vor der Bepinselung mit Jodtinctur, die gewöhnlich eingerieben werden muss. Bei Empyem der Highmorshöhle haben sich dem Verf. Bepinselungen resp. Einspritzungen von Jodtinctur als nützlich erwiesen.

T. HERYNG.

12) **Thomas. Gebrauch der Schwefelquellen. (Emploi des eaux sulfureuses.)** *Gazette hebdom. des sciences méd. de Bordeaux. Juli 1893.*

Verf. ist ausgesprochener Gegner der Anwendung der Schwefelquellen bei der Tuberkulose, in welchem Stadium es auch sei, weil dieselben zu heftige Congestionen zur Lunge erzeugen.

E. J. MOURE.

13) **Kantorowicz** (Forst). **Ueber den therapeutischen Werth der Gurgelungen.** *Deutsche Mediz. Zeitung. 10. 1893.*

Kantorowicz ist der Ansicht, dass beim Gurgeln die Flüssigkeit gar nicht bis zu den Tonsillen gelangt, auch die vordere Fläche der vorderen Gaumenbögen zu zwei Dritteln kaum berührt, sondern nur das der Uvula anliegende Drittel derselben und das Zäpfchen selbst bespült.

SEIFERT.

b. Nase und Nasenrachenraum.

14) **J. A. Thompson. Die gewöhnlichste Form des Nasencatarrhs. (Most common form of nasal catarrh.)** *Cincinnati Lancet-Clinic. 5. August 1893.*

T. bespricht unter obiger Bezeichnung die hypertrophische Rhinitis.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

15) **J. F. Rambold. Die Heilbarkeit der Nasenschleimhautentzündung. (The curability of naro-mucositis.)** *Journ. Am. Med. Ass. 2., 9. u. 16. December 1893.*

In grosser Ausführlichkeit bespricht Verf. die Aetiologie, Pathologie, Symptomatologie und die Behandlung der Erkrankung.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

16) **Howard S. Straight. Ein Fall von Aphonie infolge von hypertrophischer Rhinitis. (A case of aphonia due to hypertrophic rhinitis.)** *N. Y. Med. Record. 25. November 1893.*

Die Ueberschrift deutet auf die wahrscheinliche Natur des Falles hin, den S. mittheilt; der grössere Theil der Arbeit ist theoretischen Erörterungen gewidmet, durch die Verf. die Richtigkeit seiner Theorie zu erweisen sucht.

LEFFERTS.

17) **Browne. Trockene Rhinitis. (Dry rhinitis.)** *N. Y. Med. Record. 9. December 1893.*

℞ Ol. Eucalypti gtt. 20—30
Vaselin. oder Lanolin. 30,0.

Auf die Schleimhäute zu appliciren. LEFFERTS.

18) **Abel** (Greifswald). **Bakteriologische Studien über Ozaena simplex.** *Centralblatt f. Bakter. XIII. p 161. 1893.*

In 16 bakteriologisch untersuchten Fällen von Ozaena fand Abel einen Bacillus (mucosus), den er für den Erreger der Ozaena hielt. Es wäre nun noch in einer grossen Anzahl von Fällen die Richtigkeit dieser Auffassung zu prüfen und ferner die Mittel festzustellen, welche den Erreger zu vernichten im Stande sind. SEIFERT.

19) **L. López Arrojo. Ozaena. (Ozena.)** *Corresp. méd. Madrid. 1893. 132.*

Nicht zugänglich. GONGORA.

20) **O. M. Watermann. Rhinitis atrophica foetida; Ozaena genuina. (Rhinitis atrophica foetida; Ozaena genuina.)** *Journ. Amer. Med. Assoc. 25. November 1893.*

W. schliesst mit folgenden Sätzen:

1. Keine der bisher über die Aetiologie der genuinen Ozaena augestellten Theorien kann bedingungslos acceptirt werden.
2. Die sogenannte Ozaena syphilitica, O. tuberculosa oder scrophulosa ist eine genuine Ozaena.
3. Der Atrophie bei der genuinen Ozaena geht ein hypertrophischer Zustand vorauf, allein diese Hypertrophie ist nicht die gewöhnliche Rhinitis hypertrophica chronica.
4. Die Ursache der Rhinitis atrophica foetida ist eine neurotrophische Veränderung gewisser peripherer Nervenendigungen, sensitiver und vasomotorischer.

5. Die Krustenbildung ist verursacht durch die Veränderung des cylindrischen Wimperepithels in Pflasterepithel. welche nach der neuropathischen Störung der secretorischen Elemente eintritt.
6. Der Fötor wird verschuldet durch die Zersetzung der eiweissreichen Sekrete, die den Mikroorganismen der atmosphärischen Luft ausgesetzt sind; die Sekrete wirken auf die alterirte Schleimhaut wie Fremdkörper.
7. Kein Versuch zur Heilung der Ozaena darf bisher als absolut gelungen bezeichnet werden; die Cauterisationen aber sind ganz zu verwerfen.
8. Das Hauptprincip bei der Behandlung der Krankheit ist die Vibrationsmassage.
9. Das Wasserstoffsuperoxyd ist sehr empfehlenswerth als stimulirendes, desinficirendes und dabei nicht reizendes Mittel.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

21) **Redactionelle Notiz. Ozaena. (Ozena.)** *N. Y. Med. Record. 25. November 1893.*

Nach Irrigation von Carbolwasser blase man folgende Mischung ein:

Salol	5,0
Ac. boric	3,0
Ac. salicyl.	0,5
Ac. thymic	0,2
Talcum	8,0

LEFFERTS.

22) **John Dunn. Geheilte Fälle von Rhinitis atrophicans. (Cured cases of atrophic rhinitis.)** *N. Y. Med. Journ. 23. December 1893.*

D. giebt in grosser Ausführlichkeit die Krankengeschichte eines Falles und fährt dann fort: „Sehen wir nun zu, wie weit ein derartiger geheilter Fall in Einklang steht mit den herrschenden Anschauungen von dem Ursprung, der Natur und dem Verlauf der Ozaena.“ D. bespricht die Feststellungen und Theorien von Mackenzie und Bosworth und gelangt zu dem Schlusse, dass die „atrophische Rhinitis“ irgendwo beginnen muss; das gleichzeitige Vorhandensein der Erkrankung an den Nasenmuscheln, dem Nasenboden, dem Septum, den oberen Theilen des weichen Gaumens (einer Partie, die continuirlich mit dem Boden der Nase zusammenhängt), der Gegend der Rachentonsille und zeitweise noch anderen Regionen — dem Ductus lacrymalis z. B. — scheint doch aber darauf hinzudeuten, dass nicht etwa die besondere gewebliche Bildung eines bestimmten Theiles der Nase den Ursprung der Affection abgiebt. Die Nasenschleimhaut hat eine Epithelschicht, eine adenoide und eine Bindegewebsschicht. Bosworth war der Erste, der die Behauptung aufstellte, dass die atrophische Rhinitis ihren Ursprung hat in den eitrigen Nasenentzündungen der frühsten Kindheit. Auch D. schliesst sich dieser Anschauung an. Die Ozaena ist das Resultat einer chronischen, ursprünglich eitrigen Entzündung der Nasenschleimhaut, die Folge einer unbehandelten eitrigen Rhinitis der Kinderjahre. Diese eitrige Rhinitis ist etwas anderes als die einfache catarrhalische Entzündung,

die eine blosse Congestion der Schleimhaut mit sich bringt. Die catarrhalische Rhinitis betrifft den bei weitem grösseren Theil sämmtlicher amerikanischer Kinder, während die eitrige Rhinitis relativ selten ist.

Auf Grund seines anfangs mitgetheilten Falles glaubt D. vor allem sagen zu dürfen, dass es für manche Fälle von atrophischer Rhinitis eine dauernde Heilung giebt. Es kann der entzündliche Zustand, die eigentliche Grundlage des ganzen Uebels, schwinden; die Bindegewebsneubildung hört dann auch auf, weil die Reizursache, die sie unterhielt, wegfällt, und das bereits neugebildete Bindegewebe fällt denselben Veränderungen anheim, wie ähnliches Gewebe in jeder Narbe. Ueberraschend ist es, bis zu welchem Grade dabei der angerichtete Schaden wieder gut gemacht wird. Wo die Entzündung freilich stark genug war, um das cavernöse Gewebe zu zerstören, da scheint eine Regeneration doch nicht mehr stattfinden zu können. Dagegen ist die Regenerationsfähigkeit des Epithels ja wohl bekannt und auch von den Elementen der adenoiden Schicht, die für das Leben der Epitheldecke so wesentlich ist, glaubt D., dass sie sich regenerire und zwar in einer Stärke, dass schliesslich das neugebildete Bindegewebe wieder eliminirt wird. Natürlich erfüllt die von atrophischer Rhinitis geheilte Nase nicht alle ihre Functionen wieder ebenso gut, wie die ganz normale. Weit davon entfernt; die Entzündung hat die Endigungen des Riechnerven zerstört und oft bleibt der Geruchssinn dauernd verloren. Auch der grössere oder geringere Verlust an erectilem Gewebe, sowie die bleibende Erweiterung der nasalen Lufträume üben nachtheilige Effecte. Trotz alledem aber kann man derartige Fälle, bei denen der active Entzündungsprocess, die eigentliche Ursache der Krankheit also, beseitigt ist, als geheilte ansehen.

Bezüglich der Behandlung bringt D. nichts Neues bei. LEFFERTS.

23) **J. Wallace Mackenzie** (Wellington N. Z.). **Ein Fall von Atrophie der Nn. optici mit Ausfluss einer wässrigen Flüssigkeit aus der linken Nasenseite. (A case of atrophy of the optic nerves with dropping of watery fluid from the left nostril.** Trans. third session Intercolonial Med. Congress. Sydney. Juni 1898.

Pat., ein 20jähriger Mann, litt an Blindheit und einem fortgesetztem Hervortropfen einer wasserklaren Flüssigkeit aus dem linken Nasenloch. Die Krankheit hatte vor 3 Jahren mit einer allmäligen Abnahme der Sehschärfe, mit starken Kopfschmerzen und mit Anfällen, bei denen der Pat. wie ohnmächtig umfiel, angefangen. Am Ende des ersten Jahres hatte der wässrige Ausfluss aus der Nase sich eingestellt. Gleichzeitig hörten die Anfälle auf, die auch seither nicht wiedergekehrt sind. In der Nase, im Nasenrachenraum und den accessorischen Höhlen liess sich keinerlei Erkrankungszustand nachweisen. Die Flüssigkeit, die continuirlich aus der linken Nase hervortropfte und die etwa 30 ccm in 1 Stunde betrug, war durchscheinend, ihr spec. Gew. 1006; sie enthielt Chloride, eine Spur Sulfate, eine Spur Kalium, keinen Zucker. M. ist der Ansicht, dass die Flüssigkeit aus dem Subarachnoidealraum stammte, der ja natürliche Verbindungswege nach der Nase hin besitze. Er stützt diese Meinung auf die

Zusammensetzung der Flüssigkeit, auf die Zeichen von intercraniellem Druck und die Besserung des letzteren seit dem Austritt der Flüssigkeit.

A. T. BRADY.

24) **Lacoarret** (Toulouse). **Recidivirender Abscess am Nasenboden. (Abcès à répétition du plancher des fosses nasales.)** *Annales de la policlinique de Toulouse. 1893.*

Bei einer 30 jährigen Frau trat innerhalb 3 Monaten drei Mal ein Abscess am vorderen Theile des Bodens der linken Nasenöffnung auf, der von einer Anschwellung des Nasenflügels sowie der Wange begleitet war. Nach der dritten Eröffnung des Abscesses bemerkte Vf., dass der Herd mit einer kleinen Höhle im Boden der Fossa nasalis communicirte, über deren Natur Verf. nicht im Stande war, nähere Aufklärung zu gewinnen.

LUC.

25) **Houdeville. Die Behandlung des Nasenblutens. (Traitement de l'epistaxis.)** *Journ. de méd. et de chirurgie. 25. Februar 1893.*

Nichts Neues.

LUC.

26) **Alph. Guérin. Der Nasenreflex in der Chloroform-Syncope. (Le réflexe nasal dans la syncope chloroformique.)** *Bull. de l'acad. de méd. 11. juillet 1893.*

Gestützt auf das Laborde'sche Experiment, dass bei einem Kaninchen ein Stillstand der Herzbewegungen eintritt, wenn man das Thier Chloroform durch die Nasenhöhlen inhaliren lässt, während dieses Resultat nicht stattfindet, wenn das Chloroform per tracheam nach ausgeführter Tracheotomie inhalirt wird, schreibt Verf. die während der ersten Periode der Chloroformnarkose bisweilen beobachtete Syncope einem Reflexe zu, der von der Nasenschleimhaut aus auf das Herz wirkt, und kommt zu dem practischen Schlusse, dass man während des ersten Stadiums der Chloroformnarkose die Nasenöffnungen zuhalten soll, bis das Verschwinden der Sensibilität der nasalen Schleimhäute das Auftreten des genannten Reflexes unmöglich macht. In der an G.'s Mittheilung sich anknüpfenden Discussion berichtete Lefort über den Fall eines Burschen, der im ersten Beginn der Chloroformirung plötzlich starb, nachdem er die Chloroformdämpfe lebhaft mehrere Male eingeathmet hatte.

LUC.

27) **A. Pick** (Prag). **Ueber reflectorisch von der Nase ausgelöste psychopathische Erscheinungen.** *Prager med. Wochenschr. 1893. No. 16.*

Eine Melancholikerin, die auch an vielen Zwangsvorstellungen litt, gab bestimmt an, ihre bösen Gedanken kämen aus der Nase. Zaufal entfernte Hypertrophien der Muscheln, worauf sich Besserung der Psychose einstellte. Aber bald wurde dieselbe wieder schlechter. „Die bösen Gedanken kämen jetzt aus dem Kopfe“ sagte die Patientin wenige Wochen nach der Operation.

CHIARI.

28) **W. F. Freeman. Epiphora intranasalen Ursprungs. (Epiphora of intranasal origin.)** *Philad. Polyclinic. 15. Juli 1893.*

F. berichtet über mehrere Fälle, in denen die Ursache des Leidens eine Hypertrophie der unteren Muschel oder Deviation des Septums war.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

29) **Bresgen. Der Kopfschmerz bei den Affectionen der Nase und des Rachens. (La céphalalgie dans les affections du nez et du pharynx.)** *Revue de laryngologie. No. 2. 1893.*

Der Kopfschmerz ist ein sehr häufiges Symptom von Nasen- und Rachenkrankheit, man trifft ihn auch bei den Affectionen der accessorischen Höhlen und sogar bei Eiterungen im Nasenrachenraum. Schwer ist es, die Stelle, an der sich der Kopfschmerz localisirt, genau zu präcisiren und danach den Ursprung desselben in einer nasalen oder pharyngealen Affection zu unterscheiden.

E. J. MOURE.

30) **W. H. Pierce. Drei Fälle von Reflexneurose mit Ursprung in der Nase. (3 cases of reflex neuroses originating in the nose.)** *Journal Am. Med. Assoc. 8. November 1893.*

In den beiden ersten Fällen handelte es sich um Beschränkungen der Sehfähigkeit und Dilatation der Pupille, im dritten um einen anhaltenden Schmerz in der rechten Zungenhälfte. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

31) **S. K. Merrick. Einige Formen von Nasenreflexen mit Krankengeschichten. (Some forms of nasal reflexes with report of cases.)** *Maryland Med. Journal. 9. December 1893.*

M. berichtet über einige Fälle, die durch intranasalen Eingriff geheilt wurden, darunter zwei Fälle von Augenaffectionen und eine Ischias.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

32) **N. Morra. Rapide Heilung eines Falles von nasalem Asthma. (Rapida cura di rino-asma.)** *Arch. intern. di spec. med.-chir. Napoli. 1893 IX. 122 bis 124.*

Nicht zugänglich. TOTI.

33) **Terray** (Pest). **Asthma bronchiale in Begleitung von Nasenübeln.** *Pester med.-chir. Presse. 1893. No. 26.*

T. berichtet über mehrere Fälle, wo die Nasenbehandlung keinen Erfolg hatte. Daher Vorsicht bei Prognose. Allgemeine Therapie und Beachtung von Lungen-, Herz- und nervösen Leiden sehr zu empfehlen. CHIARI.

34) **Gerlach** (Dorpat). **Casuistischer Beitrag zur Reflex-Hysterie.** *Petersburger Med. Wochenschr. 1893. No. 19.*

G. referirt in der med. Gesellschaft zu Dorpat über einen 14 Jahre alten Knaben, der an sehr häufigen hysterischen Anfällen litt und nach Behandlung der geschwellten Nasenschleimhaut vollkommen gesund wurde. LUNIN.

35) **Dionisio** (Turin). **Ueber Enuresis nocturna infolge von Nasen-Rachenerkrankungen. (Sull'enuresi notturna dovuta ad alterazioni naso-faringee.)** *Gazz med. di Torino. 1. Giugno 1893.*

Nach Entfernung von adenoiden Vegetationen und Freiwerden der Nasenathmung, verschwand bei dem 10jährigen Mädchen sofort die bestehende Enuresis nocturna. Sie kehrte wieder einen Monat später in Folge einer hinzu-

gekommenen Coryza acuta. Mit dem Nachlass der Coryza verschwand die Enuresis wieder. Um die häufigen Recidive der Coryza zu verhüten, entschloss sich D. dazu, Stücke der hypertrophischen unteren Muskeln zu reseciren. So verschwand die Enuresis auf die Dauer. TOTI.

36) **R. Otto** (Dorpat). **Ueber Enuresis nocturna und einen durch Ausschluss der nasalen Respiration complicirten Fall.** *Petersburger Med. Wochenschr. 1893. No. 18.*

Mittheilung der Krankengeschichte eines 18jährigen schwächlichen Mädchens, das an häufigem Harndrang und Enuresis nocturna litt. Die Untersuchung ergab Undurchgängigkeit der Nase, theils durch polypöse Hypertrophie, theils durch Schwellung der Schleimhaut. Nach Herstellung der Nasenathmung hörte auch das Bettnässen auf. Die Schwellungen in der Nase recidivirten mehrere Mal und stets stellte sich auch die Enuresis ein, schwand aber stets nach entsprechender Behandlung der Nase.

Einige Formen der Enuresis noct. stehen in einem gewissen Abhängigkeitsverhältniss zur Ausschaltung der physiolog. Respiration.

Das ursächliche Moment liegt nach O. nicht in der Mundathmung, sondern in dem Ausfall der physiologischen Respiration. LUNIN.

37) **F. Chabory** (Mont Dore) **Einfluss der Nasenkrankheiten auf den Verdauungskanal. (Des influences des affections nasales sur le tube digestif.)** *Progrès médical. 15. Juli 1893.*

Der Verf. stellt die Affectionen in den verschiedenen Theilen des Verdauungstractus zusammen, die unter dem Einfluss nasaler Erkrankungen sich entwickeln können; er nennt das Eczem der Oberlippe, Verbildungen des Gaumensegels und der Zähne, Trockenheit der Zunge, Speichelfluss, Mandel- und Rachenentzündungen, Dyspepsie, Hernienbildung u. a. LUC.

38) **J. J. P. Salts** (Calcutta). **Maden in der Nase. (Maggots in nose.)** *Indian Med. Record. IV. p. 344. 1893.*

Dem Ref. nicht zugänglich. MACKENZIE-JOHNSTON.

39) **G. W. Moore. Maden in der Nase. (Maggots in the nose.)** *Chicago Med. Times. November 1893.*

M. berichtet von einem Manne, dessen Nase vollständig verstopft war; mit einer Sonde wurden 2 grosse Maden entfernt und infolge der Injectionen von 15 proc. Carbolsäurelösung, die Pat. 2 stündl. vorzunehmen angewiesen wurde, gingen noch 12 weitere ab. Am nächsten Tage wurde eine starke Sublimatlösung in die Nase injicirt und danach eine 25 proc. Terpentinlösung. Am 6. Tage nach Beginn der Behandlung waren der weiche Gaumen, die Mandeln und die umgebenden Gewebe zerstört und am folgenden Tage starb der Patient an septischer Infection. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

40) **E. A. Durham. Maden in der Nase. (Maggots in the nose.)** *Chicago Med. Times. December 1893.*

Bericht über 2 Fälle, die mit Injectionen von Chloroform erfolgreich behandelt wurden. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

41) **H. M. Spencer. Behandlung der Nasenrachenraumerkrankungen und ihrer Folgestörungen im Ohr. (Treatment of naso-pharyngeal diseases and their aural sequences.)** *International Med. Magazine. November u. December 1893.*

Eine klinische Vorlesung. Der Verf. beschreibt verschiedene Instrumente und Methoden, die in der Therapie der Nasen- und Halskrankheiten Verwendung finden. Nichts Neues. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

42) **P. C. Jensen. Chronische Nasenrachenraumentzündungen als ätiologisches Moment für Erkrankungen der Digestions- und Excretionsorgane. (Chronic naso-pharyngeal inflammations an etiological factor in the diseases of digestion and excretion.)** *Journal Am. Med. Assoc. 18. Nov. 1893.*

Der Einfluss wird hauptsächlich durch die Zersetzung der verschluckten Sekrete ausgeübt. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

43) **A. Barkan. Die Vergrösserung der Rachentonsille und die Nothwendigkeit ihrer frühen Erkennung durch den allgemeinen Praktiker. (The enlargement of the pharyngeal tonsil and the necessity of early recognition by the general practitioner.)** *Trans. California Med. Society. Vol. XXIII. p. 211.*

Ein Hinweis auf die Nachtheile, die aus der Vernachlässigung der Erkrankung bei Kindern erwachsen können. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

44) **C. Compaired** (Madrid). **Ueber die durch Mandelverdickung und Drüsenanschwellung im Nasenrachenraum beim Kinde hervorgerufenen Veränderungen und Störungen. (Perturbaciones y trastornos que la hipertrofia tonsilar y los adenomas nasofaringeos determinan en la organización infantil.)** *Revista de laringologia, otologia y rinologia de Barcelona. VIII. Jahrg. S. 83 u. ff.*

Verf. bespricht den Gegenstand auf Grund der letzten Arbeiten über das Thema, mit besonderer Rücksichtsnahme auf Uspensky. GONGORA.

45) **Lucien Bartoli. Adenoide Vegetationen im Nasenrachenraum. (Des végétations adénoides du pharynx nasal.)** *Thèse de Paris. 1893.*

In seiner sehr ausführlichen Arbeit studirt Verf. die normale Anatomie der Mandel und die pathologische Anatomie der adenoiden Vegetationen; er bespricht dann die Symptome, besonders den Gesichtsausdruck bei dieser Krankheit. Auf zahlreichen Tafeln bildet Verf. die Physiognomie der Individuen mit adenoiden Vegetationen ab, ferner die Deviationen an den Zähnen, die Deformitäten der Brust und die Verbiegungen der Wirbelsäule. Die Complicationen an den Ohren, die Taubstummheit, die Athemstörungen, der Pseudocroup, die Complicationen von Seiten der Augen, des Magens, die nervösen und Allgemeinstörungen werden in den Kreis der Betrachtung gezogen. Einen grösseren Raum nimmt die Be-

sprechung der Therapie ein. Mit der Therapie der Complicationen und einer Reihe gut ausgewählter Krankengeschichten schliesst die werthvolle Arbeit.

MENDEL.

46) **John D. Hillis** (Dublin). **Adenoide Tumoren des Nasenrachenraums. (Adenoids of the naso-pharynx.)** *Medical Press and Circular. 5. Juli 1893.*

Nichts Neues. MACKENZIE-JOHNSTON.

47) **S. Spicer** (London) **Postnasale Adenoidgeschwülste. (Postnasal adenoids.)** *London Clinical Journal. 1893. p. 396.*

Dem Ref. nicht zugänglich. MACKENZIE-JOHNSTON.

48) **Conetoux. Auswurf beim Kinde und beim Erwachsenen. (De la bave chez l'enfant et l'adulte.)** *Maladies de l'oreille et du larynx. No. 12. 1893.*

Der Auswurf wird angetroffen in der Hälfte aller Fälle von adenoiden Vegetationen; er wird entleert infolge einer ganz besonderen Bewegung des Gaumensegels. Das Symptom der nasalen Verstopfung constatirt man ebenso häufig beim Erwachsenen wie beim Kinde und es weist auf die Gegenwart von Vegetationen im Nasopharynx hin. E. J. MOURE.

49) **Zaufal** (Prag). **Manuelle Extraction eines ungewöhnlich grossen fibrösen Nasenrachen-Polypen.** *Prager med. Wochenschr. 1893. No. 11.*

Z. entfernte den 112 g schweren, den Nasenrachenraum und den linken Nasengang füllenden, lederharten fibrösen Tumor mit den Fingern fast ohne Blutung. Erst 5 Tage später erfolgte heftige Nachblutung aus der linken Nasenseite, die durch Bellocque'sche Tamponade gestillt werden musste.

Der Tumor sass am hinteren Rande des Septums und der oberen Umrandung der linken Choane auf.

Gegen eventuelle Blutung bei solchen Operationen räth Z. einen provisorischen Präventiv-Tampon für das Cav. phar.-nasale ausser dem Munde vorzubereiten. CHIARI.

50) **Mulfarth. Maligne Tumoren des Nasenrachenraumes.** Dissertation. Köln? 1893.

Dem Ref. nicht zugänglich. SEIFERT.

51) **Lacoarret. Maligner Tumor des Nasenrachenraums. (Tumeur maligne du pharynx nasal.)** *Annales de la polyclin. de Toulouse. November 1893.*

Während man gutartige Tumoren in den hinteren Partien der Nasenhöhlen ziemlich häufig antrifft, sind bösartige Geschwülste an diesen Stellen recht selten. Der Verf. theilt einen interessanten Fall dieser Art mit, den er bei einem 65jährigen Manne beobachtet hat. Bei diesem Pat. liess nichts an das Vorhandensein eines bösartigen Tumors denken, er klagte nur über leichte Taubheit mit Ohrensausen; erst als Verf. katheterisirte, constatirte er die Neubildung.

E. J. MOURE.

c. Mundrachenhöhle.

52) **Lichtenstein** (München). **Ueber die Geschmacksempfindung gesunder und rachitischer Kinder.** *Jahrb. f. Kinderheilk. XXXVII. 1. 1893.*

Die Untersuchungen L.'s haben ergeben, dass bereits das neugeborene Kind die Fähigkeit besitzt, verschiedene Geschmacksqualitäten zu unterscheiden. Rachitische Kinder zeigten eine starke Herabsetzung die Geschmacksempfindung. L. hält es für möglich, dass die Blutüberfüllung des Schädels und der Hirnhäute und die Vermehrung der Cerebrospinalflüssigkeit bei den Rachitischen die Entwickelung des Gehirns, speciell des Geschmackscentrums, beeinträchtigen könnten.

SEIFERT.

53) **N. Wedenski** (Petersburg). **Die Speichelabsonderung und die elektrische Reizung. (Otdelenie sljuni i electritscheskoe rasdrascheni.)** *Wratsch. 1893. 1.*

In einer früheren Arbeit hatte W. nachgewiesen, dass die Muskeln durch den inducirten Strom, bei einer gewissen Stromstärke und Häufigkeit desselben, leicht in den Zustand des Tetanus verfallen. Wird diese Stromstärke und die Häufigkeit desselben geändert, d. h. geschwächt oder verstärkt, so erschlafft der Muskel, erstarrt aber von Neuem, sobald der frühere Strom benutzt wird.

In dieser Arbeit beschreibt Verf. seine Versuche, die er mit der Speicheldrüse angestellt hat. Hier galt dasselbe Gesetz. Bei einer gewissen Stromstärke und einer Häufigkeit von 40 in der Secunde erreichte die Sekretion ihr Maximum. Jede Veränderung des Stromes zog sofort eine Verminderung der Sekretion nach sich. Reizungen der blossgelegten Chorda tympani hatten dasselbe Resultat.

LUNIN.

54) **Gaston Lebou. Studie über die Stomatitis herpetiformis der Kinder. (Etude sur la stomatite herpetiforme chez les enfants.)** *Thèse de Paris. 1893.*

Verf. stellt 33 Beobachtungen zusammen und kommt zu dem Schlusse, dass unter den Mundentzündungen der Kinder eine besondere Form die ärztliche Aufmerksamkeit verdient, nämlich die Stomatitis herpetiformis, bekannter unter dem Namen Stomatitis aphthosa. Die erstere Bezeichnung hat ihre Begründung in der gleichzeitigen Anwesenheit von Herpesbläschen an der Lippe und im Rachen. Diese Form der Stomatitis zeigt einen rapiden Verlauf, ihre Prognose ist günstig. Sie scheint mit der Entwicklung der Zähne im Zusammenhang zu zu stehen. Die Krankheit ist in hervorragender Weise contagiös. In den pseudomembranösen Auflagerungen derselben trifft man stets Streptokokken und Staphylokokken an. Die Behandlung besteht in der Application von Argent. nitricum 1 : 10 und im Spülen mit Kali chloricum.

MENDEL.

55) **Morel-Lavallée. Syphiloide Veränderungen an Mund und Zunge. (Lésions syphiloides de la bouche et de la langue.)** *Annales de la Société de Dermatologie et de Syphiligraphie. Paris 1893.*

Es handelt sich um Veränderungen an der Zunge einer nicht-syphiliti-

schen Patientin; man sieht eine papillenlose, geröthete Zone mit unregelmässig bogenförmigen Rändern, die durchaus das Bild eines secundären Syphilids der Schleimhaut giebt. Dem Anschein nach war das Antipyrin, das die Pat. in sehr grossen Dosen genommen hatte, die Ursache dieses Processes. Einen Monat später sah die Zunge wieder ganz normal aus. MENDEL.

56) **T. R. Fraser** (Edinburgh). **Xerostomie (Mundtrockenheit) mit Trockenheit der Nase und der Augen. (Xerostomia [mouth dryness] with dryness of the nose and eyes.)** *Edinburgh Hospitals Reports. Vol. I. 1893.*

Unter ausführlicher Berücksichtigung der Literatur über diesen Gegenstand bespricht Verf. sehr eingehend einen Fall von Mundtrockenheit. Gleichzeitige Trockenheit von Nase, Augen und Mund bei ein und demselben Patienten findet er bisher nirgends beobachtet. Die Trockenheit der Augen schloss sich in dem vorliegenden Falle einem nervösen Shock an, während die Trockenheit im Mund und in der Nase nach einer Zahnextraction und dem Einsetzen einer schlecht passenden Gaumenplatte sich einstellte. Die Reaction im Munde war gewöhnlich neutral, manchmal sauer; Ptyalin war nicht nachweisbar. Vollständige Heilung wurde nicht erzielt; erhebliche Besserung erzielte F., indem er den Pat. eine schwache Pilocarpinlösung im Munde halten liess. P. MC BRIDE.

57) **H. Feulard. Lichen planus der Mundhöhle. (Lichen plan de la cavité buccale.)** *Annal. de la Soc. de dermat. et de Syphil. Paris 1893.*

Eine 38jährige Dame zeigt auf dem Rücken der Zunge und an der Innenfläche der Wangen eine typische Eruption von Lichen planus; dieselbe hatte 6 Monate vorher angefangen und war ursprünglich für Leukoplakie gehalten worden. Man sieht auf der Zunge graulich-weisse Flecke, deren Ränder nicht confluiren; dieselben jucken nicht. Am übrigen Körper kein Ausschlag; dies letztere — die Integrität der Haut nach 6 monatlichem Bestehen des Processes im Munde — ist höchst bemerkenswerth. MENDEL.

58) **Millard. Bemerkungen über einen Fall von nodulärem intra-buccalem Erythem. (Note sur un cas d'erythème noueux intra-buccal.)** *Société médicale des hopitaux. 1893.*

Es handelt sich um eine anämische, an Rheumatismus leidende Frau, die mit einer Stomatitis erkrankte. Mit gutem Grunde wurde diese anfänglich auf den Zustand der Zähne zurückgeführt. Dann fand man am Boden der Mundhöhle zwei Schwellungen, die man für Cysten hielt. Dr. Monod, der die Kranke daraufhin untersuchte, hielt einen operativen Eingriff nicht für indicirt. Man constatirte später an beiden Beinen das Auftreten eines nodulösen Erythems, das auf die Wirkung der Salicylsäure zurückgeführt wurde. Diese Knoten an den Beinen erinnerten M. an die im Mundboden gefühlten Schwellungen, die seiner Ansicht nach wohl derselben Art sein könnten. M. schlägt vor, den Fall als Stomatitis mit submucösen rheumatischen Knoten aufzufassen und zu bezeichnen.

MENDEL.

59) **Caspari. Polypenartige Wucherungen der Mund- und Lippenschleimhaut. (Proliférations polypiformes de la muqueuse buccale et labiale.)** *Annales de dermatologie et syphiligraphie. Paris. 1893.*

Es handelt sich um einen 17jährigen jungen Menschen, der an verschiedenen Stellen der Mund- und Lippenschleimhaut in grosser Anzahl abgeflachte, länglich runde Papeln von etwa $^1/_3$—$^1/_2$ cm Durchmesser in der Länge und 1—2 mm Höhe aufweist. Das Sekret der Mundhöhle ist neutral, in der Gegend der Wangenschleimhaut leicht sauer. Die Aetiologie dieser Affection ist unbestimmt. Mit 10 Jahren hatte der Pat. ein Gesichtserysipel und Keuchhusten gehabt.

MENDEL.

60) **Paul Bouillond** (Lyon). **Untersuchungen über die Polypen der Mundrachenhöhle. (Étude sur les polypes du pharynx buccal.)** *Thèse de Lyon. 1893.*

Verf. kommt zu folgenden Schlüssen:

I. Die Polypen oder benignen gestielten Tumoren des buccalen Pharynx sind, mit Ausnahme der Papillome des Velums, seltene Affectionen.

II. Sie gehören zu 4 Arten:

1. Die congenitalen lipomatösen Polypen, villös oder cystisch, die auf allen Theilen des Mundrachens, ausser den Mandeln, beobachtet werden.
2. Die lympho-angiomatösen Polypen, hauptsächlich auf den Tonsillen und selten auf den Wänden des buccalen Pharynx sitzend.
3. Die fibro-myxo-angiomatösen Polypen, mit überwiegendem Vorhandensein des einen oder des anderen Elements, die vorzugsweise auf den Tonsillen, selten auf den pharyngealen Wänden oder auf den Säulen des Velums wachsen.
4. Die Papillome, die sehr häufig auf dem Velum sowie auf der Uvula und auf den Gaumenbögen, sehr selten auf den Wänden und auf den Tonsillen sich entwickeln.

III. Die erste Art ist congenital; die drei anderen werden bei Erwachsenen beobachtet.

IV. Von den Complicationen abgesehen ist die Prognose dieser Tumoren nicht bedenklich.

V. Die Exstirpation ist die beste Behandlungsweise.

LUC.

61) **Bernhardt. Neurosen des Mundes.** *Neurolog. Centralbl. 1893.*

Dem Ref. nicht zugänglich.

SEIFERT.

62) **John Bark** (Liverpool). **Mundsperrer. (Mouth gag.)** *Journal of Laryngology etc. Februar 1893.*

Die Beschreibung eines Mundsperrers, dem der Autor nachrühmt, dass er sich sehr leicht einlegen lässt und eine volle Uebersicht über alle Theile des Mundes gestattet.

MACKENZIE-JOHNSTON.

63) **E. Maurel. Grundriss der Krankheiten des Mundes. (Traité des maladies de la bouche.)** *Paris 1893.*

Der Verf. veröffentlicht in dem vorliegenden Buche eine Reihe von Vor-

lesungen, die er vor 5 Jahren bereits ausgearbeitet, aber durch ständiges Mitarbeiten an allem wissenschaftlich Neuem durchaus auf dem Laufenden erhalten hat.

Besondere Erwähnung verdienen der Abschnitt über die Geschichte der Mikrobiologie der Mundhöhle, ferner die Kapitel über die Stomatiden und über die schmerzhaften Affectionen der Zunge.

Auch das Kapitel über die Entwicklung der Mundhygiene wird Niemand ohne Nutzen lesen.

MENDEL.

64) **Faisans. Die Zunge bei der Grippe. (La langue grippale)** *France méd. 1893. No. 22.*

Ohne Interesse für uns.

LUC.

65) **P. Masoin** (Löwen). **Ueber die schwarze Zunge. (De la langue noire.)** *Bulletin de l'Acad. Royale de Méd. de Belgique. Tome VII. No. 4. 1893.*

Der Autor theilt einen Fall von schwarzer Zunge mit, welche er bei einem 37jährigen phthisischen Mechaniker zu beobachten Gelegenheit hatte; dieselbe trat in regelmässigen Zwischenräumen und unabhängig von der eingeschlagenen Therapie auf, woraus er auf deren evidente Unabhängigkeit von der Reaction des Mediums schliesst. Aus den von ihm gemachten Beobachtungen geht hervor, dass: 1) die „piliforme" Epithelhypertrophie, welche manchmal auf der Zungenoberfläche beobachtet wird, und dieser zuerst eine gelbliche, dann braune und schliesslich schwarze Färbung giebt, nicht auf der Anwesenheit eines Micrococcus beruht, sondern das Resultat einer trophischen Störung ist, deren Natur man nicht genau bestimmen kann, die aber jedenfalls absolut unabhängig vom Alter, Allgemeinzustand, der Reaction des Mundsekrets des betreffenden Individuums ist und dass 2) die Affection eher der Gruppe gutartiger neoplastischer Affectionen, speciell der Papillome, als der der parasitären Affectionen zugerechnet werden muss.

BAYER.

66) **Guttmann. Fall von Glossitis superficialis.** *Zeitschr. f. ärztl. Landpraxis. II. 182.*

Dem Ref. nicht zugänglich.

SEIFERT.

67) **F. Brault** (Alga). **Rechtsseitige Entzündung an der Zungenbasis mit ungewöhnlichem Verlauf. (Glossite basique latérale droite à marche insolite.)** *Archiv. chirurg. 1893.*

Nichts Bemerkenswerthes.

LUC.

68) **T. Brault. Die Entzündung der Zungenbasis. (Glossite basique.)** *Arch. prov. de chir. 1893. p. 516.*

Ohne Interesse für unsere Specialität.

LUC.

69) **Attemaire. Primäre Entzündung unterhalb der Zunge. (Sublinguite primitive.)** *Arch. méd. et pharm. milit. 1893. p. 46.*

Ohne besonderes Interesse.

LUC.

70) **Moneau und Davezac. Ulceration an der Zunge. (Ulcération linguale.)** *Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux. 14. April 1893.*

Vorstellung eines Patienten mit Geschwüren auf der Zunge und an der Wangenschleimhaut. Die Diagnose der Autoren schwankt zwischen Tuberkulose und Syphilis, event. liegt eine Combination beider vor. E. J. MOURE.

71) **Sabolotzki. Tuberkulöses Geschwür der Zunge. (Ulcère tuberculeux de la langue.)** *Ann. Dermat. et Syphil. Paris 1893.*

Vorstellung eines Patienten mit einem tuberculösen Ulcus der Zunge, das entschieden auf dem Wege der Heilung ist; diese wurde ebenso sehr durch die allgemeine Behandlung, wie durch die locale Therapie erzielt. Verf. entnahm aus der Partie, wo das anscheinend gesunde und das ursprünglich erkrankte Gewebe zusammentraf, ein Stückchen zur mikroskopischen Untersuchung: er fand Tuberkel, woraus einerseits die Richtigkeit der ersten Diagnose, andererseits aber die Möglichkeit eines späteren Recidivs hervorgeht. MENDEL.

72) **Chauffard. Tiefe gummöse Tuberkulose der Zunge. (Tuberculose gommeuse profonde de la langue.)** *Société Médicale des Hopitaux de Paris. 1893. T. X. p. 141.*

Der von Ch. vorgestellte Kranke ist ein Erdarbeiter von cachektischem Aussehen; nach dem Ergebniss der Anamnese musste syphilitische Infection als wahrscheinlich angesehen werden. Zwischen dem vorderen und den beiden hinteren Dritteln der Zunge findet sich eine kleine nussgrosse harte Erhebung, die mit einem gelblichen Belage bedeckt ist. Andere Geschwüre sind sichtbar an den Rändern der Zunge, an der Commissur der Lippen; dabei sind geschwollene Drüsen am Kieferwinkel zu fühlen. Der positive Nachweis aber von Bacillen im Sputum und in dem von den Geschwürsflächen abgekratzten Belag, sowie der mangelnde Erfolg der specifischen Behandlung lassen die Diagnose auf Tuberkulose stellen. Bemerkenswerth ist, dass der Kranke total aphonisch war; der Zustand der Zunge verhinderte jedoch eine Besichtigung des Kehlkopfs. Man beschränkte sich auf eine lokale antiseptische Behandlung. MENDEL.

73) **E. Philippson. Ein Fall von multiplen syphilitischen Gummata der Zunge.** *Berliner klin. Wochenschr. 1893. No. 32.*

50jähriger Patient, Arzt, hatte im Alter von 24 Jahren ein Ulcus acquirirt, welches er mit Hgpillen behandelte. Er hatte 2 gesunde Kinder, die Frau blieb gesund. Nach 24 Jahren entwickelten sich allmählich unter Dickenzunahme der ganzen Zunge eine mediane von Schwielen (Wülsten) begrenzte Furche mit seitlichen Aesten, Leucoplakie, ein Geschwür am hinteren Ende der medianen Furche. Zu diesen Erscheinungen kamen Gummata, die ihren Sitz sowohl in der Schleimhaut, als in der Muskulatur hatten und zu grossen Geschwüren führten. Unter Hgbehandlung schliesslich Vernarbung mit Atrophie der Zunge. $^1/_2$ Jahr nach Abschluss der Beobachtung ist der Pat. gestorben, angeblich an Zungenkrebs. LANDGRAF.

74) **C. Audry. Die secundäre Syphilis der Zunge. (La syphilis secondaire de la langue.)** *Midi méd. 1893. p. 241.*

Nichts besonders Bemerkenswerthes. LUC.

75) **J. A. Hodges. Ein Fall von Psoriasis der Zunge. (Report of a case of psoriasis of the tongue.)** *North Carolina Med. Journ. Mai 1893.*

Der Patient war 45 Jahre alt. Am linken Zungenrand fanden sich zwei seichte Geschwüre, jedes von der Grösse und Gestalt einer Erbse. Seit 9 Monaten stand Pat. unter Behandlung, ohne dass eine Heilung der Geschwüre erzielt war; dieselben heilten immer nur, um wieder aufzubrechen. Die mikroskopische Untersuchung ausgekratzter Theile des Geschwürsgrundes ergab keinen Anhalt für Epitheliom. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

76) **G. A. Quay. Zungenmykose. (Mycosis lingualis.)** *Journ. Ophth., Otol. and Laryngology. October 1893.*

Verf. giebt die Krankengeschichte des Falles. Nach Application von Cocain wurden unter erheblichen Schwierigkeiten die Pilzmassen entfernt und ihr Sitz mit dem Galvanokauter punktirt. Im Ganzen waren doch 6 Monate zur vollständigen Heilung nöthig. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

77) **Morton. Naevus lymphaticus der Zunge. (Lymphatic naevus of the tongue.)** *Lancet. 6. Mai 1893.*

M. demonstrirt der Pathologischen Gesellschaft zu London das Präparat des Naevus lymphaticus, den er von der Zunge eines 8jährigen Mädchens entfernt hat. MACKENZIE-JOHNSTON.

78) **Onodi. Fibrosarcom der Zungenbasis. (Fibrosarcome de la base de la langue.)** *Revue de la laryngologie. No. 20. 1893.*

Verf. theilt einen Fall dieser Affection, die an der Zungenbasis überaus selten ist, mit. E. J. MOURE.

d. Diphtherie und Croup.

79) **Rabot. Lyon und der Loeffler'sche Bacill. (Lyon et le bacille de Loeffler.)** *Lyon med. 1893. p. 211.*

Ohne besonderes Interesse. LUC.

80) **Rondet. Bericht über eine Diphtheritis-Epidemie. (Relation d'une epidemie de diphthérie.)** *Lyon méd. 1893. p 541.*

Nichts besonders Bemerkenswerthes. LUC.

81) **Goumy. Eine Diphtheritis-Epidemie. (Une épidémie de diphthérie.)** *Arch. de méd. et pharm. milit. XXI. p. 241.*

Nichts Neues. LUC

82) **Tezenas. Die Diagnose der Diphtherie. (Diagnostic de la diphthérie.)** *Mercredi méd. 4. October 1893.*

Verf. betont die Unentbehrlichkeit der bakteriologischen Untersuchung in der Diagnose der Diphtherie. LUC.

83) **F. A. Applegot. 28 Fälle von Diphtherie, mit 11 Todesfällen, durch Milchinfection. (Twenty-eight cases of diphtheria, with eleven deaths, due to an infected milk-supply)** *Med. News. 26. August 1893.*

Die Diphtheritis-Epidemie, die im Juli 93 in Hightstown, N.-Y., auftrat, war in mancher Hinsicht bewerkenswerth. Durch ihr plötzliches Einsetzen, ihre Bösartigkeit und ihr rasches Nachlassen zog sie in weiten Kreisen das Interesse auf sich und besonders lehrreich ist sie als ein Beispiel dafür, wie sich die Krankheit durch die Vermittlung inficirter Milch ausbreitet und wie die Epidemie unmittelbar und fast vollständig erlischt, sobald die Infectionsquelle abgeschnitten ist.

Die Krankheit traf hauptsächlich Kinder, die älteste Person, die starb, war ein junges Mädchen von 19 Jahren, die jüngste ein 5 Monate als Kind; das Durchschnittsalter der letalen Fälle betrug etwa 8 Jahre.

Am 25. lenkte sich die Aufmerksamkeit des Gesundheitsamts zuerst auf die Thatsache, dass eine auffallende Uebereinstimmung sich erkennen liess zwischen dem Lauf der Epidemie und der Route eines Milchmanns. Eine genauere Nachforschung ergab, dass, während die Bevölkerung aus 6 Milchwirthschaften ihre Milch bezog, alle augemeldeten Fälle zu Familien gehörten, die von dem einen suspecten Lieferanten versorgt wurden. Weiter ergab sich, dass ein deutscher Knabe, der in der fraglichen Wirthschaft die Gefässe spülte und melkte, am 22. erkrankt war; der zugezogene Arzt hatte membranöse Flecke im Hals constatirt und den Fall als Diphtherie angemeldet. Der Knabe hatte noch mehrere Tage lang Schmerzen im Hals. Es wurde angenommen, dass er bei der Arbeit die Milch inficirt hatte, dass die Keime in dem günstigen Nährboden sich rapide vermehrten und dass auf diese Weise die gesammte Kundschaft inficirt wurde. Es wurde weiter noch festgestellt, dass die beiden einzigen Fälle, die ausserhalb der Stadt erkrankten, die Tochter des betr. Milchmanns und seine Nichte betrafen. Sehr bemerkenswerth ist, dass der kranke Junge, von dem die ganze schwere Epidemie ausging, gar nicht ernstlich krank war; er hatte bei der Untersuchung geringe Pseudomembranen gehabt, die unter einer leichten Behandlung bald verschwanden und er hatte gar nicht zu Bett liegen brauchen; es scheint also eine sehr schwere Epidemie von einem ambulatorischen Diphtheriefall ausgehen zu können. W. J. SWIFT (LEFFERTS.)

84) **Eigenbrodt** (Darmstadt). **Ueber den Einfluss der Familiendisposition auf die Verbreitung der Diphtherie.** *D. Vierteljschr. f. öffentl. Gesundheitspfl. XXV. 1893.*

Das Resultat seiner höchst interessanten und werthvollen Untersuchungen fasst E. in dem Satze zusammen: Die Familiendisposition ist ein wesentlicher Factor bei der Verbreitung der Diphtherie, durch welchen die Entstehung bös-

artiger Epidemien erheblich gefördert wird. Diese Familiendisposition hält E. nicht für eine angeborene, sondern für eine erworbene. Einen wesentlichen Antheil an der Verbreitung der Diphtherie schreibt E. der Ansteckung durch abortive Formen der Diphtherie zu. SEIFERT.

85) **H. Barbier** (Paris). **Ueber eine besondere Form von Septicaemie bei Diphtheritis und besonders bei Croup. (Sur une forme de septicémie dans la diphtérie et en particulier dans le croup.)** *Gazette méd. de Paris. 30. September 1893.*

In diesem Artikel bespricht Verf. besonders die bei den Tracheotomirten von der Wunde ausgehenden durch den Streptococcus verursachten entzündlichen Complicationen: pericanuläre Phlegmonen, mit oder ohne Eiterung, Bronchopneumonie, Pleuritis, subperitoneale Ecchymosen. Nach Verf. rührt die Infection entweder von den Händen oder von den Instrumenten während der Operation oder nachträglich von der in der Trachea und in den Bronchien enthaltenen Luft oder von den Secretionen derselben her.

Auf diesen Standpunkt gestützt, betont Verf. die Nothwendigkeit einer strengen Antiseptik der Wunde während und nach der Operation. LUC.

86) **Tezenas du Montcel. Diphtheritis. (Diphtérie.)** *Prov. méd. Lyon. 1893. p. 244 u. p. 361.*

Ohne besonderes Interesse. LUC.

87) **Guyot. Ein Fall von Croup. (Observation de croup.)** *Lyon méd. 1893. p. 48—50.*

Ohne besonderes Interesse. LUC.

88) **Paul Chéron. Zur rationellen Behandlung der Diphtherie. (A propos du traitement rationnel de la diphtérie.)** *Trib. méd. 26. Januar 1893.*

Eine Uebersicht über die zur Zeit in Frankreich angewandten Behandlungsmethoden gegen die genannte Krankheit mit besonderer Lobeserhebung des Phenol. sulfo-ricin. LUC.

89) **A. Zinnis** (Athen). **Ueber die Behandlung der Diphtheritis mit Eisenchlorid.** *(Περὶ τῆς θεραπείας τῆς διφθερίτιδος διὰ τοῦ ὑπερχλωριούχου σιδήρου.) Γαληνός. 1893. No. 12. p. 177.*

Der als Professor der Kinderheilkunde an der Universität Athen rühmlichst bekannte Verf. ist noch immer ein warmer Anhänger der Eisenchloridtherapie. Siehe Jahrg. VII. Seite 257 dieses Centralblatts. SENTINON.

90) **Sp. Kanellis** (Athen). **Zwei Worte über die Behandlung der Diphtheritis.** *(Δύο λέξεις ἐπὶ τῆς θεραπείας τῆς διφθερίτιδος.) Γαληνός. 1893. No. 42 p. 645.*

Verf. hat von 25 im ersten Quartal d. J. 1893 behandelten Fällen nur zwei verloren und schreibt diesen Erfolg dem Umstande zu, dass er alle zwei Stunden den Rachen, mittelst einer acht Unzen fassenden Spritze, mit warmen Flüssig-

keiten ausspült, wozu er entweder 2 proc. Eisenchlorid- oder 3 proc. Borsäurelösung oder auch halbirtes Kalkwasser verwendet. SENTINON.

91) **W. H. Crago** (Sydney). **Die Tracheotomie beim diphtheritischen Croup. (Tracheotomy in diphtheritic croup.)** Trans. 8 Session Intercolonial Med. Congress. Sydney. Juni 1893.

Eine tabellarische Zusammenstellung von 19 Fällen, bei denen wegen laryngealer Verstopfung operirt werden musste; „wohl alle waren zweifellos diphtheritischer Croup"; es wurden 52,6 pCt. Heilungen erzielt. Die Fälle wurden alle unter den ungünstigsten Bedingungen behandelt, in kleinen ungesunden Wohnungen und meist unter kümmerlicher Ernährung. C. ist der Ansicht, dass man keinen Fall von diphtheritischem Croup sterben lassen dürfe, ohne ihm die Chancen noch zu bieten, die in der Tracheotomie liegen. Von grösster Bedeutung ist die Nachbehandlung, vor allem die häufige Reinigung der Canüle, die nach C. alle 2 Stunden oder noch öfter vorgenommen werden muss. Danach kommt an Wichtigkeit die Ernährung des Kindes, schliesslich die Verabreichung eines Medicaments. C. giebt Quecksilberbichlorid und Eisenchlorid und er kann seither die Canüle viel zeitiger fortlassen als vordem. A. T. BRADY.

92) **Charles P. B. Clubbe** (Sydney). **Bemerkungen über 120 Fälle von Tracheotomie bei Diphtheritis. (Remarks on 120 cases of tracheotomy for diphtheria.)** Transact. 8 Session Intercolon. Med Congress. Sydney. Juni 1893.

Die Fälle stammen aus dem Kinderspital in Sydney; der Procentsatz der Heilungen beträgt 42,5. Die Operation wurde immer als Tracheotomia inferior ausgeführt und mit sehr ausgiebiger Eröffnung der Trachea. Die Schnittbänder wurden mit stark gekrümmten Haken auseinandergehalten und jede sichtbare Membran entfernt. Zweimal am Tage wurde die ganze Canüle herausgenommen und die Trachea nach Membranen durchsucht, solange sich solche noch neu bildeten. In den Fällen, in denen die Membranen sich nach unten in die Bronchien auszudehnen drohten, wurden alle 15 Minuten 2 oder 3 Tropfen Trypsin durch die Canüle eingeträufelt. Die Besserung war in manchen Fällen eine auffallende und zahlreiche Kinder wurden auf diese Weise gerettet. A. T. BRADY.

93) **Schweiger** (Wien). **Die Intubation bei diphtherischer Larynxstenose.** *Jahrb. f. Kinderheilk. XXXVI. 1893.*

Unter 103 Fällen von diphtherischer Larynxstenose wurden 70 intubirt, davon genasen 31. Bei 29 von diesen musste die secundäre Tracheotomie (5 Heilungen, 24 Todesfälle) vorgenommen werden, von 41 ausschliesslich mit Intubation Behandelten genasen 26. Bei 33 Fällen wurde die primäre Tracheotomie ausgeführt mit 8 Heilungs- und 23 Todesfällen. SEIFERT.

94) **A. Jefferis Turner** (Krisbane, Queensland). **Neunzehn Fälle von Intubation wegen diphtheritischen Croups mit 7 Heilungen. (19 cases of intubation for diphtheritic croup with seven recoveries.)** Trans. 8. Session Intercolon. Med. Congress. Sydney. Juni 1893.

T. berichtet über einen interessanten Fall, in dem die Tube durch die

Glottis hinabglitt. Pat., ein Kind von 2 Jahren, hustete die engste Tube zweimal aus; die nächstgrössere liess sich nicht einführen. T. machte die erstere stärker, indem er einen Theil der Tube mit Collodium umzog. 3 Tage lang ging alles glatt; beim Versuch aber die Tube zu extrahiren. glaubte T. zwar das obere Ende derselben zu fühlen, er brachte aber nichts heraus. T. hielt die Tube jetzt für verschluckt. 48 Stunden lang athmete das Kind ganz leicht, dann kehrte die Dyspnoe wieder, so dass T. einen Versuch machte, eine stärkere Tube einzuführen; dabei wurden die Symptome jedoch derart beängstigend, dass sofort die Tracheotomie gemacht werden musste. Man fand die Intubationsröhre in der Trachea vor; sie war vom Larynx so fest umschlossen, dass man sie weder nach oben vorstossen, noch sie aus der Enge des Ringknorpels nach unter herausziehen konnte. Man musste die Incision in der Trachea nach oben und unten erweitern, ohne jedoch den Ringknorpel zu durchschneiden und konnte dann unter Drehen und Heben langsam die Tube entfernen. Das Kind genas.

T. empfiehlt die Intubation:

1. Wenn die Angehörigen die Tracheotomie nicht zulassen.
2. Die frühe Intubation giebt bessere Resultate, als eine spätere Tracheotomie.
3. Die Intubation ist vorzuziehen, wo eine geschulte Wärterin nicht zur Verfügung steht.
4. Bei catarrhalischem Croup ist stets zu intubiren.

A. T. BRADY.

95) **J. Baczkiewicz. Intubation des Kehlkopfes bei Croup im Kindesalter. (Intubacya krtani w dlawea u dzieci.)** *Gazeta lek. No. 40, 41. 1893.*

Ausführliche Beschreibung von 10 Fällen, in denen Verf. die Intubation angewendet hat. Es starben 8 Kranke, 2 genasen. Verf. ist der Meinung, dass diffuse Bronchitis keine Contraindication bildet, und betrachtet die Tracheotomie und die Intubation als zwei sich ergänzende Behandlungsmethoden bei Larynxstenose.

Wo nach Ausführung der Intubation die drohenden Erscheinungen persistiren, soll die Tracheotomie ausgeführt werden. Die Intubation kann ihre Anwendung finden bei erschwertem Decanulement. Die Furcht vor Schluckpneumonien ist bei Anwendung der O'Dwyer'schen Methode unbegründet.

Seine Schlusssätze sind: 1) Die Intubation im Kindesalter hat bei Larynxcroup ihre Berechtigung, doch muss in manchen Fällen die Tracheotomie nachfolgen. 2) Die Spiegeluntersuchung ist vor der Intubation von grossem Nutzen. 3) Bei chronischen Larynxstenosen wird vielleicht die Intubation alle anderen Dilatationsmethoden ersetzen. LUBLINER (HERYNG).

96) **Rudolf Cnopf** (Nürnberg). **Erfahrungen über Intubation in der Nürnberger Kinderklinik.** *Münchner med. Wochenschr. No. 50. 1893.*

Bisher wurden 10 Fälle intubirt, Cnopf stellt sie im Werthe über die Tracheotomie, zu der man schliesslich immer noch greifen könne; in 4 Fällen waren leichte Druckgeschwüre zu constatiren. SCHECH.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

97) A. Sokolowski. **Ein Beitrag zur Frage über die Möglichkeit des Ueberganges gutartiger Kehlkopfgeschwülste in bösartige. (Przyczynek do kwestyi mozliwosci przechodnenia nowotworow krtani lagodnych w ztosliwe.)** *Gazeta lekarska. No. 1. 1893.*

Ist bereits im Archiv für Laryngologie I. Bd. Heft 1 publicirt worden und wird Besprechung finden. LUBLINER (HERYNG).

98) L. Stembo (Wilna). **Ein Fall von spontaner Heilung eines Kehlkopfpolypen nach nöthig gewordener Tracheotomie.** *Petersburger med. Wochenschr. 1893. No. 6.*

Soviel man aus der kurzen Krankengeschichte erfahren kann, handelte es sich in diesem Falle nicht um einen Polypen, sondern um einen entzündlichen Process, weil der fragliche Polyp, der unter dem linken Stimmbande sass, nach der Tracheotomie im Verlaufe von 3 Monaten schwand und eine Unbeweglichkeit des adducirten Stimmbandes hinterliess. LUNIN.

99) T. Dembinski (Steszew). **Ein Beitrag zur Lehre über Larynxpolypen mit besonderer Berücksichtigung der Laryngotomie. (Przyczynek do nauki o uklejach krtani z szczegotowem uwzglednieniem laryngotomii.)** *Nowiny lekarskie. No. 9, 10, 11, 12. 1893.*

Verf. giebt eine Uebersicht der verschiedenen in vorlaryngoskopischer Zeit gebräuchlichen Operationsmethoden, verbreitet sich sodann über die Entstehung der Polypen, ihre Histologie, Diagnose und Prognose. Es folgt die Beschreibung von 4 Fällen, wo wegen Papillombildung, die Laryngotomie mit gutem Erfolg ausgeführt wurde. Die Beobachtungen stammen aus der Abtheilung des Prof. Kolaczek in Breslau. LUBLINER (HERYNG).

100) Jeannel (Toulouse). **Totale Laryngectomie wegen eines benignen Kehlkopftumors. (Laryngectomie totale pour tumeur benigne du larynx.)** *Archives provinciales de chirurgie. Mai 1893. Midi médical. 2. Juli 1893.*

Der Tumor bei dem in Rede stehenden Fall war fibröser hypertrophischer Natur und verschloss die Kehlkopfhöhle in dem Grade, dass die Passage der Luft aufs äusserste beschränkt war. Ein zweiter Tumor derselben Art sass rechts in der Mitte des Gaumensegels. Die Furcht vor der Umbildung der gutartigen Geschwulst in eine bösartige (?!) bestimmte den Verf. zur Ausführung der Totalexstirpation des Kehlkopfs. LUC.

101) Koschier (Wien). **Ein Fall von Lymphosarcom des Rachens und des Kehlkopfes.** *Wiener klin. Wochenschr. 1893. No. 38.*

Ein nur 5 Tage beobachteter und für Carcinom gehaltener Fall (es war nämlich angeblich 6 Monate vorher ein Mammacarcinom exstirpirt worden) erwies sich bei der Section als Lymphosarcom. Die Rachenhöhle zeigte viele Wülste und

Knoten und Infiltration des Gaumenbogens. Epiglottis verdickt, am Petiolus ein höckeriges Infiltrat zeigend, beide ary epiglottischen Falten ödematös, subglottische dicke Wülste. Nach Exstirpation eines Wulstes im Rachen trat Larynxstenose eine, worauf tracheotomirt werden musste.

Die Section zeigte Tumoren in der Mamma, am Sternum, im Mediastinum, Knötchen an der Pleura und zahlreiche Drüseninfiltrate nebst den Knoten und Infiltrationen im Rachen und Kehlkopf. Alle diese Tumoren erwiesen sich als Lymphosarcome und ausserdem zeigte die Schleimhaut der Trachea und des Rachens diffuse Infiltrationen von Rundzellen. Das Lymphosarcom scheint nach Koschier vom Rachen und zwar von den Lymphfollikeln ausgegangen zu sein, da dieselben alle betroffen waren, während die Knoten in der Mamma und am Sternum secundär waren; doch bemerkte die Kranke Beschwerden im Rachen erst nach der Operation der Mamma.

CHIARI.

102) **E. Baumgarten** (Pest). **Zur Aetiologie der Stimmband-Carcinome.** *Wiener klin. Wochenschr. 1893. No. 40.*

Nach 3 interessanten Krankengeschichten erwähnt B., dass das Stimmband meist der Ursprungsort des Carcinoms ist, dass ein Uebergang von gutartigem zu bösartigem Neugebilde jedenfalls sehr selten und starke Injection in Umgebung einer Stimmbandneubildung zusammen mit verringerter Beweglichkeit des Stimmbandes sehr verdächtig ist. Diesen schon bekannten Frühsymptomen fügt B. noch folgendes hinzu: Jede auf entzündlicher Basis auftretende submucöse Erhebung oder Schwellung des Stimmbandes bei alten Leuten muss den Verdacht auf Carcinom erwecken.

CHIARI.

103) **Cheval** (Brüssel). **a) Kehlkopfexstirpation, Tod. b) Gleichzeitige multiple Electrolyse der Nasenscheidewand. [a) Laryngectomie, mort. b) Electrolyse simultané multiple de la cloison nasale.]** *La Clinique. No. 42. 1893.*

a) Die Laryngectomie wurde wegen eines Kehlkopfcarcinoms vorgenommen. Pat. starb Tags darauf.

b) Ch. nahm eine electrolytische Sitzung bei 4 Patienten auf einmal vor behufs Behandlung von Deviation der Nasenscheidewand.

BAYER.

104) **Richardière. Der Keuchhusten. (La coqueluche.)** Paris 1893.

Das Büchlein giebt in grosser Vollständigkeit den gegenwärtigen Stand unserer Kenntnisse vom Keuchhusten. Die Geschichte, Aetiologie, Bakteriologie, Symptomatologie etc. des Keuchhustens werden besprochen. Der Hustenanfall, die Zufälle und Complicationen, zu denen er Anlass giebt, werden ausführlich abgehandelt, die Complicationen seitens des Thorax in einem Kapitel für sich. Dann werden die Secundärinfectionen, die Tuberkulose, Masern, Scharlach etc. besprochen. Die verschiedenen Formen des Keuchhustens klassificirt R. nach H. Roger. Nach zwei Kapiteln über die Prognose und die Pathologische Anatomie der Erkrankung folgt der Abschnitt über die Behandlung, in dem die Hygiene und die Ernährung des Kranken obenan stehen. Die Isolirung gewährt einen Schutz gegen die Bronchopneumonie. Schliesslich kommt Verf. auf den

Glottisspasmus zu sprechen; derselbe kann so stark werden, dass Asphyxie droht und dass man zur künstlichen Athmung und selbst zur Tracheotomie schreiten muss. MENDEL.

105) **E. Vialle. Der Keuchhusten schwangerer Frauen. (La coqueluche chez les femmes enceintes.)** *Actualité méd. 1893. V. p. 50.*

Ohne besonderes Interesse für uns. LUC.

106) **Boulloche. Pneumonie im Verlaufe von Keuchhusten. (Pneumonie au cours de la coqueluche.)** *Revue mens. des malad. de l'enfance. 1893. p. 454.*

Ohne besonderes Interesse für unsere Leser. LUC.

107) **Winocouroff** (Odessa). **Ein Fall von Pneumothorax bei einem Kinde von 4 Jahren nach Keuchhusten.** *Arch. f. Kinderheilk. XVI. 1893.*

Bei einem 4jährigen Knaben mit Keuchhustenpneumonie traten nach einem heftigen Hustenanfall die Erscheinungen eines linksseitigen Pneumothorax auf. Heilung. SEIFERT.

108) **A. Bergeon. Behandlung des Keuchhustens. (Traitement de la coqueluche.)** *Lyon méd. 1893. p. 254–257.*

Nichts Bemerkenswerthes. LUC.

109) **Gamba. Lokalbehandlung des Keuchhustens. (Cura locale delle pertosse.)** *Arch. intern. d. spec. med. chir. Napoli. IX. 1—11.*

Nicht zugänglich. TOTI.

110) **Pestalozza. Die Behandlung des Keuchhustens durch die Vaccination. (La cure della pertosse colla vaccinazione.)** *Arch. it. di Pediatria. 1893. No. 1, 2, 3.*

Die Schrift ist von rein pädiatrischem Interesse. TOTI

111) **Taub** (Pest). **Die Anwendung der Intubation beim Keuchhusten.** *Pester med. chir. Presse. 1893. No. 11.*

T. konnte in 2 Fällen (6- und 8monatliches Kind) mit schweren laryngospastischen Anfällen durch öftere Intubation durch je 4 – 6 Stunden lang die Anfälle seltener machen und den Zustand bedeutend bessern. CHIARI.

112) **Taub** (Budapest). **Die Anwendung der Intubation bei dem Keuchhusten.** *Jahrb. f. Kinderheilk. XXXVII. 1. 1893.*

T. hat bei 2 im ersten Lebensjahre befindlichen Kindern, welche soweit heruntergekommen waren, dass an ein Besserwerden kaum noch gedacht werden konnte, durch mehrmalige 4—6 Stunden lange Intubation augenblickliche und dauernde Besserung erzielt. Durch jedesmalige Intubation wurde ein Hustenanfall ausgelöst, dann aber traten dieselben fast gar nicht auf, so lange die Tube lag. SEIFERT.

113) **Halasz** (Pest). **Stimmritzen-Stenose, membranöse Verwachsung der Stimmbänder.** *Pester med. chir. Presse. 1893. No. 40.*

H. durchtrennte eine in Folge von Typhus entstandene Verwachsung der Stimmbänder in ihrem vorderen Antheile mit dem Kehlkopfmesser und führte dann einen Katheter ein. Heilung nach diesem einzigen Eingriff. CHIARI.

114) **A. Pic. Chronischer Laryngismus. (Laryngisme chronique.)** *Province méd. Lyon. 1893. p. 253.*

Dem Ref. nicht zugänglich. LUC.

115) **Gáman** (Pest). **Vertigo laryngea.** *Pester medicin. chirurg. Presse. 1893. No. 34.*

Bericht über alle bis jetzt (24) beobachteten Fälle. Sein Fall stammt aus B. Fränkel's Klinik. Reiz zum Husten und Spasmus stellt sich bei ganz gesunden Leuten ein, so dass sie zusammenstürzen. Die Krankheit hat nichts mit Epilepsie oder Tabes zu thun. CHIARI.

116) **Günther. Kehlkopfpfeifen der Pferde.** *Deutsche thierärztl. Woch. Karlsruhe 1893. 1. 145, 151 etc.*

Dem Ref. nicht zugänglich. SEIFERT.

117) **J. B. Wolstenholme** (Manchester). **Der Kehlkopf eines Pferdes. (The larynx of a horse.)** *Brit. Med. Journ. 29. April 1893.*

W. demonstrirte in der Manchester Pathological Society den Kehlkopf eines Pferdes, das an Kehlkopfpfeifen gelitten hatte. Es bestand eine extreme Atrophie des Aryknorpels und des Musc. crico-arytaenoideus posticus der linken Seite.

MACKENZIE-JOHNSTON.

118) **Przedborski** (Lodz). **Ueber einen Fall von primärem hysterischem Krampf der Glottiserweiterer.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. No. 11. 1893.*

Diese Erkrankung ist äusserst selten und liegt bisher nur eine Beobachtung von Pitt vor. Die Beobachtung Pr.'s betrifft eine 19jährige Dame, die ununterbrochen stossweise und geräuschvoll exspirirte; die Glottis konnte nur im Moment der Phonation zum Schlusse gebracht werden. Die Anfälle stellten sich bei jeder lebhaften Gemüthsbewegung ein, während sie im Schlafe cessirten. Der stabile elektrische Strom wirkte sehr günstig. Als Ursache musste Hysterie angenommen werden. Die nähere Begründung der Diagnose muss im Original nachgelesen werden. SCHECH.

119) **L. Przedborski. Spasmus hystericus praecipue expiratorius dilatatorum rimae glottidis. (Przypadek pierwotnego skurczu histerycznega rozszerzaczy glosni.)** *Gazeta lek. No. 42. 1893.*

Bei einem 19jährigen, hysterischen Mädchen, welches an Anteflexio uteri litt, fand Verf. einen fast beständig recidivirenden Krampf der Glottiserweiterer. Die laryngoskopische Untersuchung ergab: Rima glottis während der Respiration vollständig ad maximum geöffnet.

Beide Stimmbänder liegen den Seitenwänden des Larynx an. Bei der Phonation vollständiger Larynxschluss. Nach der Phonation gehen die Stimmbänder sofort auseinander und verbleiben constant in dieser Lage.

Das Athmen war laut, explosiv. Verf. vergleicht dasselbe mit dem Entweichen des Dampfes einer Lokomotive.

„Der Larynx hob sich etwas bei jeder Exspiration zugleich mit einer Hervorwölbung über dem Sternum und der Herzgrube. Cyanose wurde nicht beobachtet, die Stimme blieb rein." Diese Anfälle wurden durch endolaryngeale Faradisation temporär bedeutend gebessert, sistirten sogar während einer Periode von 45 Tagen. Als disponirende Momente erwiesen sich ebenso moralische Einflüsse als Ermüdung oder nervöse Reize (Zahnextraction).

Im Larynx selber fand Verf. ausser einer Verdickung und Trübung der Pars arytaenoidea, nichts Abnormes. Die Kranke war mit chronischem Pharynxkatarrh und Rhinitis hypertrophica behaftet. Sie zeigte typische hysterische Symptome als Schmerzen und Empfindlichkeit der Ovarialgegend und der Herzgrube, Tremor hystericus, Anästhesie des Pharynx, der Conjunctiva und Hemihyperästhesia dextra. Prof. Schrötter, der die Kranke in Wien zu untersuchen Gelegenheit hatte, definirte den Zustand als Contraction der Mm. crico-arytaenoidei postici im Exspirium und Fixation der Aryknorpel. Eine lokale galvanokaustische Aetzung der hypertrophischen Nasenmuskeln blieb erfolglos.

Bemerkenswerth war der Einfluss der Menstruation auf den hier beschriebenen Spasmus der Erweiterer, da er nach Verspätung der Menses von Neuem auftrat.

T. HERYNG.

120) **J. Kramsztyk** (Warschau). **Spasmus glottidis als Symptom der idiopathischen Tetanie. (Skurcz głosni jako objaw tezyczki.)** *Medycyna. No. 19. 1893.*

Der Larynxkrampf bildet, wie dies Escherich zuerst nachgewiesen, eins der constantesten Symptome der epidemisch auftretenden Tetanie des Kindesalters. Verf. fand Gelegenheit, diese Thatsache durch eigene Erfahrungen zu bekräftigen und zwar vorwiegend während der Monate März und April der letzten 3 Jahre. Im Jahre 1893 beobachtete Verf. 3 Fälle, in denen neben Contracturen der Hände und Füsse Spasmus glottidis auftrat.

In derselben Zeit notirte Verf. bei 10 Kindern Glottiskrampf und zwar ohne jedwedes Zeichen der Tetanie in den Extremitäten. Aber in allen diesen Fällen konnte das Symptom von Trousseau und in der Hälfte der Fälle das Chwostek'sche Symptom nachgewiesen werden, während eine gesteigerte Erregbarkeit des Nervus facialis und radialis bei Faradisation oder Galvanisation sehr selten von ihm constatirt werden konnte. Auf Grund seiner Beobachtung kommt K. zum Schlusse, das bei epidemischer Tetanie Glottiskrampf den gewöhnlichen Symptomen zuzuzählen ist, dass zwischen Darmerkrankungen und Tetanie kein directer Zusammenhang existirt, ferner dass in der Mehrzahl der Fälle die erkrankten Kinder an Rachitis litten. K. ist geneigt anzunehmen, dass der Glottiskrampf bei Kindern immer als Symptom der Tetanie aufgefasst werden kann.

T. HERYNG.

f. Schilddrüse.

121) **Paladino** (Neapel). **Seltener Befund von gestreiften Muskelfasern in der Glandula thyreoidea. (Reperto rarissimo di fibre muscolari striate nella glandula tiroide.)** *Rif. med. 29. März 1893.*

Die Muskelfasern wurden zufällig in einer zu experimentellem Zwecke exstirpirten Thyreoidea gefunden. Dieselben prävalirten im interstitiellen Bindegewebe, waren aber auch in dem intervesiculären ziemlich leicht zu finden. Ihr Verlauf war sehr verschiedenartig; die Faserung recht deutlich zu sehen. Charakteristisch war die Auflösung in primäre Fibrillen. die sonst überhaupt so schwierig zu constatiren ist. — Alle Muskelfasern, auch die peripherischsten, waren von der eigentlichen fibrösen Drüsenkapsel umhüllt, so dass der Verdacht auf zufällige Inclusion bei der pathologischen Drüsenvergrösserung ausgeschlossen ist. Verf. nimmt, zur Erklärung seines Befundes das Vorhandensein von aberrirenden embryonalen Keimen, die sich nachher selbständig, vielleicht auch zu gleicher Zeit wie die normalen Drüsenelemente entwickelt haben sollen, an.

A. TOTI.

122) **Sanquirico** (Siena). **Neue Experimente über Thyreoidectomie. (Nuove esperienze sulla estirpazione del corpo tiroide.)** *Atti della r. Accad dei Fisiocritici in Siena. 1893. Fasc. 1.*

Das Ergebniss dieser Experimente ist folgendermaassen zusammenzufassen. Die aus dem Blute thyreoidectomirter Thiere gewonnene Substanz hat, wenn sie normalen Thieren injicirt wird, zwar eine energischere Wirkung als die aus Blut normaler Thiere gewonnene: aber dieses Resultat sagt noch zu wenig; die eigentliche Ursache der Verschiedenheit in der Wirkung bleibt unentschieden. TOTI.

123) **Michel Gangolphe** (Lyon). **Tracheotomie wegen suffocativer Struma; Isolirung und Aufhebung der retrosternalen Partie des Kropfes; Allgemeinbehandlung und Dauercanüle; Heilung. (Trachéotomie pour goitre suffocant; isolement et soulèvement d'une partie plongeante rétrosternale; traitement général; canule à demeure; guérison.)** *Lyon méd. 2. April 1893.*

Bei der Operation war die erweichte, abgeplattete und nach links und hinten verschobene Trachea erst zu finden, als die Schilddrüse, die sich unter das Sternum hin fortsetzte, mit dem hinter das Brustbein geführten Finger nach oben und vorn gedrängt wurde.

Nach einigen Monaten konnte die Canüle fortgelassen werden. Dass die Trachea ihre richtige Gestalt und Rigidität wieder annahm, führt Verf. auf das Liegenlassen der Canüle zurück, die gewissermaassen von innen eine stützende Bandage ersetzte und auf die Erhaltung des peritrachealen Schilddrüsengewebes, das die Rolle der äusseren Bandage spielte. LUC.

124) **Lentz** (Metz). **Thyroidectomie mit letalem Ausgang. (Thyroidectomie letale.)** *Mercr. méd. 5. April 1893.*

Bei einer Frau wurde die von einem Enchondro-Sarcom ergriffene Schilddrüse exstirpirt. Die Wunde blieb aseptisch; am 4. Tage nach der Operation aber ging Pat. unter tetanischen Symptomen zu Grunde. LUC.

125) **Speyer. Die Thyroidectomie. (Thyroidectomie.)** *Mercredi méd. 25. Jan. 1893.*

Es handelte sich um ein Sarcom der Schilddrüse bei einem 21jährigen Manne. Die Geschwulst wurde so vollkommen wie möglich exstirpirt. In Folge eines Recidivs in der Trachea brach aber eine Pleuropneumonie aus, die Pat. nach 4 Wochen dahinraffte. LUC.

126) **Hahn** (Frankfurt a. M.). **Ueber Morbus Basedowii und seine Behandlung.** Dissert. Würzburg. 1893.

Auf Grund der günstigen Erfahrungen, welche Rehn zu machen Gelegenheit hatte, empfiehlt H. die frühzeitige chirurgische Behandlung des M. Basedowii, nur jene schweren Fälle sind von der Operation auszuschliessen, wo mangelnde Herzthätigkeit, Arhythmie und Schwäche des Pulses, sowie beginnende Oedeme auf eine Degeneration des Herzmuskels hindeuten. SEIFERT.

127) **Roque. Myxoedem bei einem jungen Mädchen. (Myxoedème chez une jeune fille.)** *Lyon méd. 1893. S. 615.*

Krankengeschichte des Falles; ohne besonderes Interesse. LUC.

128) **M. Allen Starr. Ein Beitrag zur Myxoedemfrage: Bericht über drei mittelst Schilddrüsenextracts erfolgreich behandelte Fälle. (A contribution to the subject of myxoedema; with the report of three cases treated successfully by thyroid extract.)** *N. Y. Med. Record. 10. Juni 1893.*

Der erste der 3 Fälle betrifft eine verheirathete Frau von 46 Jahren, bei der das Myxoedem sich nach der Geburt des fünften Kindes entwickelt hatte.

Die Besserung begann 10 Tage nach dem Beginn der Behandlung mit dem Glycerinextract und schritt stetig vorwärts; der geistige Fortschritt war übrigens erheblicher, als der des körperlichen Befindens. Die Maximaldosis entsprach etwa einer halben Drüse.

Der zweite Fall betrifft ein unverheirathetes Mädchen von 22 Jahren, das nervös entschieden belastet war. Dasselbe hatte Hallucinationen und schwere Melancholie, welche infolge eines schweren Shock's eingetreten waren. Nach mehrmonatlicher Behandlung mit dem Drüsenextract war der geistige Zustand erheblich gebessert; nur die Schlaflosigkeit war nicht geschwunden.

Der dritte Fall betrifft eine verheirathete Frau von 46 Jahren mit Lähmung der rechten Gesichtshälfte. Im Anfang der Schilddrüsenbehandlung traten schwere Erscheinungen auf, dann aber machte sich eine deutliche Besserung auf geistigem, wie auf körperlichem Gebiete geltend. Alle drei Patientinnen hatten

Gesichts- und Gehörshallucinationen. Das Symptomenbild erinnerte bei allen drei an leichte Formen von Dementia. LEFFERTS.

129) **Kinnicut, Putnam, Thompson, Shattuck. Myxoedem. (Myxoedema.)** *Phil. Med. News. 10. Juni 1893.*

Eine Discussion über das Myxoedem, die in der Association of American Physicians am 31. Mai 1893 stattfand. Die oben genannten Herren berichteten über eine Anzahl neuer und instructiver Fälle; die Behandlung mittelst Schilddrüsenpräparaten verschiedener Art war in der Regel erfolgreich. Ueber die Verwandtschaft zwischen Mxyoedem und Basedow'scher Krankheit wurden verschiedene Meinungen laut. Es ist nicht als wahrscheinlich anzusehen, dass die Basedow'sche Krankheit eine Folge der Vergrösserung der Schilddrüse in eben dem Sinne ist, wie das Myxoedem eine Folge der Atrophie derselben ist. Manche Formen von Obesitas stehen dem Myxoedem vielleicht näher und dieses ist in modificirter Form unter älteren Leuten vielleicht verbreiteter, als man gemeinhin annimmt.

Beziehungen existiren zwischen der Basedow'schen Krankheit und dem ersten Stadium der Cachexia strumipriva. Die Resultate der partiellen Thyroidectomie, durch die, wie es scheint, bei Basedow'scher Krankheit so erhebliche Besserungen erzielt wurden, bilden ein werthvolles Argument zu Gunsten des thyroidealen Ursprungs dieser Krankheit; eine positive Entscheidung dieser Frage aber ist vorderhand nicht möglich. Die Theorie, dass eine excessive oder fehlerhafte Secretion der Schilddrüse die Symptome der Basedow'schen Krankheit verschuldet, entbehrt, so bedeutsam sie ist, doch noch des Beweises.

Schwierig ist es auch, sich über den Zustand der Schilddrüse klar zu werden, der zur Entstehung des Myxoedems nothwendig ist. Bisweilen scheint die Function der Drüse nur vorübergehend aufgehoben. Fraglich ist auch, ob ein kleiner Theil der Drüse, wenn er functionirt, für die ganze Drüse eintreten kann.

Bezüglich der compensatorischen Hypertrophie der Hypophysis cerebri nach der Thyroidectomie und über die Function dieses Organs sind weitere Untersuchungen noch dringend erforderlich. LEFFERTS.

130) **A. Poncet** (Lyon). **Thyroido-Erethysmus. (Thyroïdo-éréthysme.)** *Mercredi méd. 1893. II. p. 465.*

Unter diesem Namen versteht Verf. eine von ihm gegen das Myxoedem erfundene Operation, welche darin besteht, die Schilddrüse durch eine in der Mittellinie des Halses angelegte Incision zu entblössen, dieselbe nach vorn zu ziehen und mit Jodoformpulver zu bestreuen, was eine besondere Erregung des Gewebes herbei führen soll. Mit dieser Operation hat Verf. bei einem jungen Mädchen eine bedeutende Besserung des Myxoedems sowie ein Verschwinden der cerebralen Störungen erzielt. LUC.

g. Oesophagus.

131) **Aufrecht** (Magdeburg). **Zur Behandlung des Soors in der Speiseröhre und im Magen.** *Therap. Monatsh. 1893. August.*

Die Darreichung einer 3procentigen Lösung von Natron biboracicum (2stdl. 1 Esslöffel) brachte stets vollen Erfolg. A. ROSENBERG.

132) **Diederichs** (Idenheim). **Ein Fall von Fremdkörper im Oesophagus mit Aortenperforation.** Dissert. Würzburg. 1893.

Einer 50jährigen Frau war ein Knochenstück im Oesophagus stecken geblieben. 10 Tage nach diesem Unfall Bluterbrechen, Exitus. Bei der Section fand sich im Dickdarm ein Hühnerknochen von der Gestalt einer Gabel, im Oesophagus 3 Substanzverluste, von denen einer eine Aortenruptur hervorgerufen hatte. SEIFERT.

133) **A. Post. Oesophagotomie mit Heilung per primam. (Oesophagotomy with healing by the first intention.)** *Boston Med. and Surg. Journal. 28. December 1893.*

Der 12jährige Patient hatte eine Münze verschluckt und litt an Dysphagie etc. Die Operation fand 5 Tage nach dem Unfall statt. Das Interessante an dem Falle ist, dass der Pat. bereits am nächsten Tage wieder auf war und ausser Bett herumspielte, ja dass er bereits Nahrung nahm — Milch mit aufgeweichtem Zwieback — ohne dass weder jetzt noch später etwas davon aus der Wunde heraustrat. Ein ähnlich glücklicher Erfolg ist in der Literatur noch nicht berichtet, im allgemeinen schliesst sich die Wunde nicht unter 2 Wochen.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

134) **Cordua. Ein Fall von krebsig-tuberkulösem Geschwür des Oesophagus.** Arb. aus d. path. Instit. in Göttingen. 1893.

C. beschreibt einen Fall von Oesophaguskrebs, wo sich im Grunde des Carcinoms verkäste und Riesenzellentuberkel vorfanden. Die denselben benachbarten trachealen Lymphknoten enthielten ebenfalls frische Tuberkel. Ferner bestand eine ausgedehnte floride ulceröse Lungenphthise. C. hält es für wahrscheinlich, dass eine alte geschrumpfte Lungentuberkulose unter dem Einfluss der Krebscachexie wieder florid geworden sei und nimmt an, dass auf dem nach Geschwüren stattgehabten starken Saft- und Lymphstrom Tuberkelbacillen aus der Lunge hingeschwemmt worden seien. SEIFERT.

135) **Scholz** (Wien). **Carcinoma oesophagi.** Aerztl. Bericht des kk. allgemeinen Krankenhauses in dem Jahrbuch der Wiener kk. Krankenanstalten. Wien 1893.

Nichts Besonderes. Casuistik. CHIARI.

136) **Della Vedova** (Mailand). **Ueber Oesophaguscarcinom. (Sul carcinoma esofageo.)** *Boll. d. Poliembulanza di Milano. 1893. No. 3—4.*

Verf. behandelt compilatorisch die Aetiologie, Diagnose, Prognose und Behandlung der fraglichen Krankheit. TOTI.

137) **Butin** (Lille). **Oesophaguskrebs. (Cancer de l'oesophage.)** *Journal des sciences méd de Lille. 1893. p. 469.*

Nicht zugänglich. LUC.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) Berliner Laryngologische Gesellschaft.

Sitzung vom 27. April 1894.

Schadewaldt stellt den bereits in der Februar-Sitzung demonstrirten Patienten, bei dem unter Creolineinreibungen zwei tuberkulöse Larynxgeschwüre geheilt waren, und bei dem sich nachträglich wieder ein Geschwür am rechten Taschenband gebildet hatte, noch einmal vor, nachdem er wieder 200 g Creolin eingerieben hat, mit dem angeblichen Erfolg, dass von dem Geschwür nichts mehr zu sehen.

A. Rosenberg kann sich von der Heilung desselben nicht überzeugen, da er keine Narbe, sondern eine granulirende Fläche an der Stelle des Ulcus sieht.

Lublinski meint, dass lenticuläre Geschwüre der Taschenbänder immer, mit und ohne Behandlung, heilen.

Schadewaldt: Der Vergleich des jetzigen Zustandes mit dem früheren sei ein sehr crasser.

Lublinski zeigt ein Papillom, das er vom Arcus pharyngopalatinus eines jungen Mannes entfernt hat und ein zweites, dass an der hinteren Fläche der Basis der Uvula gesessen hatte.

Alexander stellt eine Patientin vor, bei der nach Hochziehen von Salzwasser in die Nase eine Otitis media eingetreten ist.

A. Rosenberg demonstrirt eine Patientin mit Ozaena, bei der man im Stande ist, ohne weiteres mittelst der Rhinoscopia anterior auf beiden Seiten die Oeffnung der Keilbeinhöhle zu sehen.

Er weist die von Herzfeld gegen seine Auffassung vorgebrachten Gründe zurück.

Landgraf demonstrirt das mikroskopische Präparat einer Pachydermia verrucosa der hinteren Larynxwand.

Gegen die Einwendung B. Fränkel's, dass es sich wohl mehr um eine

diffuse Pachydermie handle, betont L., dass es sich in seinem Falle nicht um eine grauliche, sondern um eine rothe umschriebene Verdickung gehandelt habe.

Katzenstein: Weitere Mittheilungen über die Innervation des M. crico-thyreoideus.

K.'s Versuche geben ihm auf die Frage, ob der N. pharyng. med. den M. crico-thyreoideus innervirt, folgende Antwort: Reizung des Pharyng. med. erzeugt:

1) beim Kaninchen eine Contraction des M. crico-thyreoid.,

2) beim Hunde in der Mehrzahl der Fälle keine Contraction des M. crico-thyreoid. In den seltenen Fällen, in denen eine Anastomose zwischen N. pharyng. med. und N. laryng. sup. besteht, wird bei Reizung des N. pharyng. med. eine Contraction des M. crico-thyreoid. hervorgerufen; dieselbe hört auf nach Durchschneidung der Anastomose,

3) bei der Katze und dem Affen keine Contraction des M. crico-thyreoideus.

(Im übrigen deckt sich der Vortrag mit dem gleichnamigen Aufsatz in Virch. Arch. Bd. 136, Heft 1.)

Sitzung vom 8. Juni 1894.

Flatau stellt 1) ein junges Mädchen vor, das das Bild der Rhinitis atrophicans foetida darbot, bei dem sich aber in der Folge Empyem und Caries der Keil- und Siebbeinhöhlen nachweisen liess. Die Symptome schwanden nach der Behandlung der Nebenhöhlenerkrankung; 2) eine 60jährige Frau, die seit dem 14. Lebensjahre Erscheinungen von Nasenstenose zeigte; sie wurde verschiedene Male an Nasenpolypen operirt. Nach einer Influenza stellte sich Eingenommensein des Kopfes und Schwindelanfälle ein. Es zeigte sich beiderseits ein Empyem des Siebbeins und links ein solches der Keilbeinhöhle. Man kann jetzt — nach Abtragung der mittleren Muschel — die natürliche Oeffnung derselben sehen.

Dann demonstrirt F. eine modificirte Grünwald'sche Zange für die Resection der vorderen Keilbeinhöhlenwand und eine verstellbare Curette zum Eingehen in die Höhle.

Herzfeld stellt einen 5jähr. Patienten mit multiplen Xanthomen der Haut vor, der auch an der Zunge und der Rachenschleimhaut derartige Geschwulstknoten aufweist.

A. Rosenberg stellt einen 26jähr. Patienten vor, der eine, vermuthlich angeborene, Membran zwischen den Stimmbändern im vorderen Theile zeigt, die sich beiderseits an der unteren Fläche derselben inserirt, so dass sie bei der Phonation von ihnen bedeckt wird. In einem zweiten Falle, von dem er die Abbildung zeigt, fand sich bei einem jetzt 12jähr. Knaben eine angeborene doppelte Membran; eine obere, die sich an der Epiglottis und den aryepi-

glottischen Falten inserirt und etwa die Hälfte des Kehlkopfeinganges einnimmt, und eine untere, zwischen den Stimmbändern ausgespannte, die noch weiter nach hinten reicht.

Scheinmann berichtet über den in der Februar-Sitzung vorgestellten Fall von Sarkom des Nasenrachens; 3 Monate nach der Demonstration starb das Kind; die Section bestätigte die Diagnose.

Flatau theilt mit, dass bei dem in derselben Sitzung erwähnten Fall von Carcinom der Nasenschleimhaut, der sich der Beobachtung eine Zeit lang entzogen hatte, sich ein Recidiv eingestellt hat und die Nebenhöhlen ergriffen sind. Da die Schädelbasis nicht mehr frei ist, wurde er von chirurgischer Seite als inoperabel bezeichnet.

Demme stellt einen Knaben vor, bei dem sich unter Fiebererscheinungen am harten und weichen Gaumen, an der Zunge und an den Lippen auf geröthetem Grunde Bläschen mit hellem Inhalt zeigten, der nach 8 Stunden gelb wurde; dann trat ein Zerfall der Bläschen ein. Er hält diese Affection für einen acuten Pemphigus.

Schötz glaubt, dass es sich um Maul- und Klauenseuche oder Herpes handle; beim Pemphigus entstehen grosse Blasen, das Epithel rollt sich in grossen Fetzen ab, und die darunter befindliche Schleimhaut blutet.

Auch Landgraf kann die von D. gestellte Diagnose nicht acceptiren.

Unshelm stellt aus P. Heymann's Poliklinik 1) einen Patienten mit Papillom an der Spitze der Uvula vor; 2) einen Patienten mit Kehlkopffractur, dessen genaueren Befund H. nachtragen wird. Die Fractur entstand dadurch, dass der Kranke mit dem Hals auf eine Wagendeichsel fiel.

Herzfeld zeigt ein Präparat, an dem das Keilbein vollkommen solide ist und keine Höhle zeigt. Es entspinnt sich eine längere Auseinandersetzung zwischen H. und A. Rosenberg über die Varietäten der Keilbeinhöhle.

Discussion über den Vortrag Herzfeld: Empyem resp. Caries der Keilbeinhöhle.

Flatau sah in 2 Jahren 26 hierhergehörige Fälle. Er bespricht die Beziehung des Empyems der Keilbeinhöhle zu Ozaena, das gelegentlich bei nur rhinoskopischer Untersuchung mit ihr verwechselt werden kann; er sah nur in einigen Fällen einen Zusammenhang beider Erkrankungen. — Die Polypen sind wohl nicht selten secundäre Bildungen beim Empyem; verhältnissmässig häufig findet sich eine Combination mit Erkrankung der Siebbeinzellen. Fistelbildung und Durchbruch in die Nachbarschaft sah er beim Keilbeinhöhlenempyem nur einmal. Die Prognose ist getrübt durch die Gefahr einer Meningitis, Sinusthrombose u. a. F. hat einen Fall an Meningitis verloren, bei dem die Section dieselbe als eine latente ergab; sie wurde in ihren Erscheinungen im Anschluss an einen operativen Eingriff manifest. Die linke Keilbeinhöhle zeigte eine usurirte Stelle. — Aetiologisch sind manche Fälle unklar, in anderen ging dem Empyem Typhus, Scharlach, Influenza und Erysipel voraus.

A. Rosenberg konnte in der Mehrzahl der Fälle mit Sicherheit keine Ursache nachweisen. Die älteste Pat. war 34, der jüngste 19 Jahre alt. — Die Entfernung der vorderen Keilbeinhöhlenwand von der Spin. nasal. ant. ist durchschnittlich 6,8, der hinteren 8,4, der Höhlendurchmesser 1,6 cm; die Entfernung der vorderen Wand bis zu der von der eingeführten Sonde erreichten Wand wechselt natürlich je nach der Richtung, in der das Instrument hineingebracht wird. Die Raumverhältnisse auf beiden Seiten können sehr verschieden sein, das Septum kann ausgebogen sein, so dass man von der rechten Nasenseite in die linke Keilbeinhöhle gelangen kann. — Ozaena ist wohl eher die Ursache als die Folge des Empyems. — Grosse Polypen können vielleicht gelegentlich ein Empyem verursachen oder unterhalten, die secundären Polypen sind klein. Symptome: Brennen und Spannungsgefühl oben in der Nase, Schmerzen am Nasenrücken, über dem Auge, in der Schläfengegend, Stiche im Kopfe, Eingenommensein, verminderte Denkfähigkeit u. a. Bezüglich der Diagnose fand R. nicht oft die Schwellung am Septum in der Höhle der vorderen Keilbeinhöhlenwand. In einem Falle zeigte sich kein Eiter; erst nach Abtragung eines Theiles der mittleren Muschel, eine Operation, die sofort den Kopfschmerz beseitigte, sah man Eiter von oben herunterfliessen.

Schwabach beobachtete einen Patienten, der im septopyämischen Zustand ins Krankenhaus aufgenommen war; vorher soll eine Lungenentzündung constatirt worden sein und eitriger Ausfluss aus dem linken Ohr bestanden haben. Es fand sich Otitis med. purul. sinistr. mit Perforation des Trommelfells und beginnende Otitis.

Die Section ergab: Aspirationspneumonie des linken Unterlappens, Embolie der linken Lungenarterie u. a. In der Paukenhöhle und im Ant. mastoid. Eiter, ebensolcher in beiden Keilbein- und Kieferhöhlen. Aus diesem Eiter der Nebenhöhlen liessen sich Reinkulturen von Streptokokken züchten; von hier aus also ging die Septicämie aus. — In einem anderen Falle fand sich als Ursache einer diffusen eitrigen Meningitis ein Empyem sämmtlicher Nebenhöhlen ausser den Stirnhöhlen ohne sonstige Veränderungen. Es handelt sich um eine genuine Streptokokkeninfection.

Scheinmann räth zu grosser Vorsicht bezüglich der Diagnose: Empyem der Keilbeinhöhle; die bisher bekannten Symptome sind noch nicht beweiskräftig. Eine voraufgegangene Infectionskrankheit braucht noch nicht die Ursache des Empyems zu sein.

Schötz schliesst sich dem an.

Herzfeld konnte in 2 mit Ozaena complicirten Fällen von Keilbeinhöhlenempyem nach Behandlung desselben einen bessernden Einfluss auf jenes Leiden nicht beobachten. A. Rosenberg.

---

b) The British Laryngological and Rhinological Association.

Versammlung vom 30. Juni 1893, abgehalten in London.

Vorsitzender: Dr. Arthur Sandford (Cork).

(Journal of Laryngology August 1893.)

Zu Beginn der Sitzung wurde die Wahl des Vorstandes für das folgende Jahr vorgenommen; zum Präsidenten wurde Dr. Macintyre bestimmt.

Whistler spricht darauf über einen Fall von Kehlkopf- und Lungentuberkulose mit mehrjährigem Stillstand der Erkrankungen.

Redn. hat den Pat. gesehen, als er 17 Jahre alt war; damals bot er deutlich die Symptome einer Larynx- und Lungenphthise dar. Er wurde mit Inhalationen von sedativen und adstringirenden Mitteln, mit antiseptischen Sprays und Insufflationen, vor allem aber mit zweckmässiger constitutioneller Therapie behandelt. Innerhalb 6 Monate machte sich eine erhebliche Besserung geltend, die Infiltration nahm bedeutend ab, die Geschwüre heilten. Während der nächsten 10 Jahre musste der Kranke gelegentlich mal ärztliche Behandlung nachsuchen, befand sich aber im Grossen und Ganzen recht gut und war im Stande, sein Geschäft zu versehen. Zwei Jahre später trat eine acute Verschlechterung ein, die indess auch unter der Behandlung gebessert wurde. W. stellt den Pat. vor, um auf den günstigen Zustand, in dem die Lungen nach so langer Zeit der Erkrankung sich noch befinden, aufmerksam zu machen. Tuberkelbacillen finden sich noch immer im Sputum.

Norris Wolfenden: Ein Fall von Lupus der Haut, des Mundes, Rachens und Kehlkopfs mit Lungenphthise.

Die Pat., ein Mädchen von 19 Jahren, war seit einiger Zeit krank. Sie zeigte ein tuberkulöses Knötchen nahe am inneren Augenwinkel. Die Epiglottis war fast ganz zerstört. Die Regio interarytaenoidea und die Taschenbänder waren durch die lupöse Infiltration stark verdickt. Die Zungenbasis war durch zahlreiche Knötchen in Falten und Fissuren aufgeworfen. Beide Lungen waren stark infiltrirt. Da der chirurgischen Behandlung offenbar Schwierigkeiten entgegenstanden, entschloss man sich zu einem Versuch mit Tuberculocidin. Es trat auch eine gewisse Reaction und nach wiederholten Injectionen eine Besserung an der Zunge ein.

In der Discussion, an der Lennox Browne, Grant und Macintyre sich betheiligten, wurden die Fragen erörtert, ob die Tuberculinbehandlung irgendwie spätere chirurgische Eingriffe beeinträchtigt, ferner ob man bei Lupus der Halsorgane, auch wenn nicht die Complication mit Lungentuberkulose besteht, Bacillen findet.

Wyatt Wingrave: Ein Fall von eitriger Ethmoiditis mit Caries.

Bei der Untersuchung des Pat. sah man etwas rahmigen Eiter links unter der Crista ethmoidalis. Wenn man eine Sonde nach oben und hinten an der Basis der mittleren linken Muschel entlang vorschob, kam man in eine deutlich unterscheidbare geräumige Höhle, die augenscheinlich den vorderen Siebbeinfalten entsprach. Die Highmorshöhle war nicht afficirt. Der Kranke war bis dahin nicht in ärztlicher Behandlung gewesen; Redn. schlug ihm vor, die Erkrankungshöhle frei eröffnen und irrigiren zu lassen.

Mac Intyre: Multiple papillomatöse Geschwülste des Larynx und der Bronchien.

Die Pat., eine Frau von 32 Jahren, zeigte einen fast vollständigen Verschluss des Kehlkopfs durch Papillome, die von den wahren Stimmbändern ausgingen. Nach Entfernung dieser erkannte man auch eine subglottische Neubildung. Die Tumoren wurden mit der Mackenzie'schen Zange unter Cocain entfernt. Die Stimme und der Larynx erschienen danach vollkommen normal; im folgenden Winter aber trat wiederholt eine Reizung in der Trachea und Bronchitis hervor. Man dachte an die Möglichkeit, dass vielleicht ähnliche Geschwülste unterhalb des Larynx diese Reizung verursachten. Man entschloss sich auch zu einer Operation; bevor diese jedoch ausgeführt wurde, hustete die Patientin mehrere papillomatöse Geschwulstpartikel aus, wonach alle Symptome sich bedeutend besserten.

Es schloss sich eine Discussion an, in der Grant, Wolfenden, Wingrave u. A. sich über den Fall und über die Frage äusserten, ob für die Aetiologie der Larynxpapillome die adenoiden Vegetationen irgend welche Rolle spielen. In Mac Intyre's Fall waren solche nicht vorhanden.

Mac Intyre berichtet dann über einen **Fall von Lähmung des Recurrens bei einem Kinde infolge von Einlagerung des Nerven in scrophulöse Drüsen.**

Der Fall ist dem Redn. von Dr. Finlayson (Glasgow) überwiesen worden. Es handelte sich um ein 4$^1/_2$jähriges Kind mit einem Kehlkopfhusten, bei dem man bei der Untersuchung eine Lähmung des in der Mittellinie verharrenden linken Stimmbands constatirte. Das Kind war stark rachitisch und stammte aus sehr tuberkulös belasteter Familie. Das Kind starb bald und bei der Section fand man eine Lungenphthise, den linken Recurrens mit einer verkästen Bronchialdrüse verwachsen.

Mac Intyre: Maligne Erkrankung der Tonsillen.

Redn. verfügt über zwei neue Fälle von maligner Erkrankung der Tonsille — der eine ein primäres Epitheliom, der andere ein Sarcom. Betont wird die Wichtigkeit einer sehr genauen Untersuchung der Zungenseite und der Verbindung zwischen Zunge und vorderem Gaumenbogen, einer Stelle, an der die Erkrankung mit Vorliebe beginnt und von der aus sie auf die Mandel übergreift.

Wolfenden: Verlauf eines Falles von Sarcom der Mandel.

Die Pat. wurde 3mal mit der Schlinge operirt; W. hat sie jetzt, 4 Jahre nach dem letzten Eingriff, wiedergesehen; sie befindet sich so wohl, wie jemals in ihrem Leben und man sieht von der Neubildung nirgends eine Spur.

Dundas Grant: Weitere Bemerkungen über einen Fall von submucöser Blutung in das Stimmband mit Neubildung.

Es wurde eine aus Gefässen bestehende Neubildung mittelst der Zange vom linken Stimmbande abgetragen und der Grund mit Zinkchlorid cauterisirt. Beim ersten Anblick hatte das Stimmband so ausgesehen, als ob es von einem breiten Blutgerinnsel bedeckt sei. Erst später, als die Blutung resorbirt war, liess sich ein umschriebener vasculärer Tumor unterscheiden.

Milligan: Ein Fall von Pachydermia laryngis.

(Der Fall ist bereits referirt worden. Vgl. Centralblatt X, p. 517.)

R. Mackenzie-Johnston.

III. Briefkasten.

Personalia.

Die Herren Mac Intyre und Norris Wolfenden sind zu correspondirenden Mitgliedern der American Laryngological Association ernannt worden.

Zur gefälligen Kenntnissnahme der Verlagsbuchhandlungen laryngo-rhinologischer Werke.

Einige der Verlagsbuchhandlungen, welche Exemplare der in ihrem Verlage erschienenen, einschlägigen Werke und Broschüren der Redaction des Centralblatts mit dem Wunsche einer Besprechung einsenden, begleiten ihre Sendungen regelmässig mit der Bitte um ein sogenanntes „Beleg-Exemplar" der Nummer des Blattes, in welchem die betreffende Besprechung erfolgen würde, und lassen dieser Bitte nach einiger — oft recht kurzer — Zeit die Anfrage folgen, ob ein Referat noch nicht erfolgt sei.

Wir können diese Anfragen nicht jedesmal einzeln beantworten und erlauben uns daher, die Verlagsbuchhandlungen hierdurch zu benachrichtigen, dass jedes einschlägige Werk, von dem ein Recensionsexemplar an die Redaction geschickt wird, im geschäftsmässigen Verlaufe eine Besprechung im Centralblatt findet. Die Fülle des zu erledigenden Materials ist indessen so gross, dass die Besprechung oft nicht so schnell erledigt werden kann als gewünscht wird, und ebenso ist es der Redaction ganz unmöglich, die Verpflichtung zu übernehmen, jedesmal specielle Belegexemplare an die betreffenden Verlagsbuchhandlungen zu schicken. Die Belege für die erfolgte Besprechung sind in den monatlichen Inhaltsverzeichnissen zu finden, auf welche wir uns hiermit erlauben, die Aufmerksamkeit der Verlagsbuchhandlungen zu lenken.

Die Redaction des internationalen Centralblatts für Laryngologie etc.

Gedruckt bei L. Schumacher in Berlin.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XI. Berlin, September. 1894. No. 3.

I. Referate.

a. Allgemeines, Medicamente etc.

1) **Saint-Hilaire. Statistische Erhebungen über Kehlkopf-, Nasen- und Ohrenkrankheiten an den Schülern der École Arago. (Statistique des maladies du larynx, du nez et des oreilles constatées chez les élèves de l'École Arago.)** *Revue d'hygiène. 1893.*

Es wurden untersucht im Jahre 1892: 346 Zöglinge der Schule; davon hatten 121 ein mangelhaftes Gehör; als Ursache ergab sich 67mal das Vorhandensein adenoider Vegetationen. MENDEL.

2) **P. Mc Bride** (Edinburg). **Ueber die Nothwendigkeit, die objectiven und die subjectiven Erscheinungen bei den Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten zusammenzuhalten. (The necessity for combining a consideration of the objective and the subjective in affections of the throat, nose and ear.)** *Edinburgh Hospital Reports. Vol. I. 1893.*

Verf. betont mit Nachdruck, dass man das Gesammtbild aller Erscheinnngen in einem Falle mit Sorgfalt studiren solle, bevor man sich zu einem operativen Eingriff entschliesst. Er weist darauf hin, wie selten man eine Nase oder einen Rachen in absolut normalem Zustand antrifft, wie häufig man z. B. die laterale und granuläre Pharyngitis ohne jedes andere Symptom im Halse antrifft oder wie häufig Hypertrophien und Spinen in der Nase sind, ohne dass über Störungen in der Nase geklagt wird. Autoreferat.

3) **E. L. Shurly. Der relative Werth der objectiven und subjectiven Symptome der oberen Luftwege. (Relative value of the objective and subjective symptoms of diseases of the upper air passages.)** *Journ. Am. Med. Assoc. 18. Novemb. 1893.*

S. betont die Thatsache, dass in zahlreichen Fällen die Symptome bezüglich der Localisation des Kranheitsprocesses irre führen, und dass man deshalb län-

gere Zeit die Sache erwägen solle, ehe man operativ in die oberen Luftwege eingriffe. Auch gegen den kritiklosen Gebrauch der Caustika, mit denen viel Unheil gestiftet werde, wendet sich Verf. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

4) **H. Chiari** (Prag). **Zur Bakteriologie der Influenza.** *Prager med. Wochenschrift. 1893. No. 52.*

Ch. bestätigt zunächst die Angaben Pfeifer's über Morphologie, Cultur und Localisation der Influenza-Bacillen vollständig. In 16 Fällen, die in den zwei letzten Wochen des November 1893 secirt wurden und als Todesursache Pneumonie oder Bronchitis zeigten, liess sich 13mal blos der Diplococcus pneumoniae, 2mal blos der Bacillus influenzae und 1mal beide zusammen auch culturell nachweisen. Da in derselben Zeit des Jahres 1892 nur 4 solche Fälle secirt wurden, ferner da 1893 Influenza in Prag herrschte, 1892 aber nicht, so scheint diese Statistik zu beweisen, dass vorhergehende Influenza sehr zu Diplokokken-Pneumonie disponirt; wirklich ging nach klinischer Beobachtung vielen dieser Fälle echte Pneumonie vorher. Es bestätigt also diese Beobachtung anderweitige Mittheilungen. CHIARI.

5) **W. T. Chathell. Untersuchungen über die Wirkungen des Tabaks auf Hals und Nase. (A study of the effects of tobacco on the throat and nose.)** *N. Y. Medical Record. 9. December 1893.*

6) **C. Birnie. Dasselbe.** Ebendas.

7) **Wm. H. Welch. Dasselbe.** Ebendas.

C. unterscheidet 3 Klassen von Rauchern: den einen schadet der Tabak überhaupt nicht, andere schädigt er in leichtem Grade, den dritten ist er geradezu ein Gift. Besonders verurtheilt C. die kurze Pfeife und den Cigarrenstummel; er sieht in ihnen eine Ursache des Zungenkrebses und der Polypen.

Birnie betont zwar auch den schweren Schaden, den der Tabak heranwachsenden Knaben zufügen kann, hält aber im übrigen C.'s Verdikt für zu streng und glaubt vor allem nicht, dass der Tabak jemals einen Krebs oder einen Polypen verschuldet habe. Im Gegentheil ist der Tabak im Volke ein sehr beliebtes Heilmittel; die Leute legen ein feuchtes Tabakblatt oder ein Stück gekauten Tabaks auf eine Wunde und lassen es liegen bis zur vollständigen Verheilung derselben. Die chronischen Erkrankungen von Hals und Nase finden sich in gleicher Weise bei Frauen und Männern, während doch von den Frauen nur wenige so rauchen, wie die Männer.

Welch schloss sich Birnie an; auch er sieht nirgends ein Zeichen dafür, dass der Tabak organische oder maligne Affectionen verursacht. Die mechanische Wirkung der Pfeife mag ein epitheliomatöses Papillom, aber doch kein Carcinom herbeiführen. Ueberdies ist festgestellt, dass der Tabakrauch auf die Bakterien wirkt. In seinem Laboratorium sei ein Arzt gewesen, der ständig den Diplococcus pneumoniae im Munde trug; sie hätten alle Culturen stets aus dessen Mundspeichel angelegt. Dieser Arzt nun begann Tabak zu kauen und von da an gelang die Züchtung der Diplokokken aus seinem Mundsaft nicht mehr. LEFFERTS.

8) **Heymann. Aluminiumsalze in der Behandlung der Nasen- und Halskrankheiten. (Salts of aluminum in the treatment of diseases of the nose and throat.)** *Phil. Med. News. 30. December 1893.*

H. berichtet über Resultate, die er mit den Aluminium-Präparaten in der Therapie der Hals- und Nasenkrankheiten erhalten hat. Das salicylsaure Aluminium oder Salumin ist in Wasser und in Alkohol unlöslich, löslich dagegen in alkalischer Lösung. Mit Ammoniak bildet es ein neutrales Doppelsalz, das sich in Glycerin und Wasser löst. Dieses Präparat hat sich als vortreffliches Adstringens bewährt. Es reizt die Nasenschleimhäute und ist darum für die trockenen Entzündungen des Nasopharynx indicirt. Auch als Pulver zur Einblasung sind die Aluminiumpräparate mit Vortheil zu verwerthen z. B. in Fällen von Ozaena. Bei Rachenaffectionen hat sie der Verf. mit dem Pinsel applicirt. Das gerbsaure Aluminium ist ebenfalls unlöslich, während das Weinsteinsäure-Aluminium löslich ist. Das letztere ist darum am Platze, wo man ein nicht-reizendes Adstringens braucht, es kann eingeblasen werden, als Gurgelwasser zur Verwendung kommen, inhalirt oder endlich in Lösung mit dem Pinsel applicirt werden. LEFFERTS.

9) **Houdé. Das Cocain. (De la Cocaine.)** *Rev. thérap. des alcaloïdes. No. 29. 1893.*

Nichts Neues. LUC.

10) **G. Wilkinson. Cocain-Missbrauch. (Abuses of cocaine.)** *Journ. Am. Med. Assoc. 25. November 1893.*

Für die Gewöhnung des Pat. an Cocain ist des Oefteren der Arzt verantwortlich; derselbe soll sich bei jeder Verordnung dieses Mittels daran erinnern, dass es nicht sowohl auf die Quantität des Mittels, als vielmehr auf die Empfänglichkeit des betreffenden Individuums ankommt. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

11) **G. Killian** (Freiburg i. Br.). **Ein neuer Cocainzerstäuber für Nase, Rachen und Kehlkopf.** *Therap. Monatsh. 1893. Februar.*

Ein recht brauchbares und zweckmässiges Instrument, bei dem die Stelle des Gummigebläses eines gewöhnlich gebräuchlichen Zerstäubers eine Luftdruckpumpe mit Windkessel ersetzt, und zwar ist der Handlichkeit wegen die erstere in den letzteren versenkt, der seinerseits die Form eines Instrumentenhandgriffs besitzt.

Bezugsquelle: Fischer; Freiburg i. Br. A. ROSENBERG.

12) .... **Eine Zunder-Halslampe. (Match box throat lamp.)** *British Medical Journal. 25. Nov. 1893.*

Eine einfache Vorrichtung, um Mund und Rachen zu flüchtiger Unter suchung schnell zu erhellen. MACKENZIE-JOHNSTON.

13) **E. Clifford Beale** (London). **Eine bewegliche Form von Oxyhydrogen-Licht zur laryngoskopischen Untersuchung. (Portable form of oxyhydrogen light for laryngoscopic examination.)** *Brit. Med. Journ. 30. Dec. 1893.*

Beschreibung einer kleinen Lampe zu klinischen Untersuchungszwecken,

die an einem Holzgestell so befestigt ist, dass man sie zur Seite des Bettes und in jeder beliebigen Höhe einstellen kann. MACKENZIE-JOHNSTON.

14) S. L. Shearer. **Die Elektrokaustik bei Nasen- und Halskrankheiten. (The electro-cautery in diseases of the nose and throat.)** *Journal of Ophth., Otol. and Laryngology. October 1893.*

Nichts Neues. Ein Resumé über die gegenwärtigen Anschauungen der verschiedenen Autoren bezüglich der Anwendung des Galvanokauters bei den Krankheiten der oberen Luftwege. W. J. SWIFT (LEFFERTS.)

15) P. Heymann (Berlin). **Die Bedeutung der Galvanokaustik für die Behandlung der Krankheiten der Nase und des Schlundes.** *Berliner Klinik. 1893.*

Ein die Materie vollkommen erschöpfender Aufsatz. A. ROSENBERG.

b. Nase und Nasenrachenraum.

16) Félizet. **Acne rosacea hypertrophica der Nase und Wiederherstellung derselben. (Acné rosacé hypertrophique. Réfection du nez.)** *Union Médicale. 1893. No. 27.*

Es handelt sich um einen von Delie (Belgien) beobachteten Fall; die Difformität der Nase war so enorm und so entstellend, dass der Patient chirurgische Hilfe dringend verlangte. Es wurde eine plastische Operation gemacht, wobei die Lappen nach der französischen Methode geschnitten und einander genähert wurden. Diese Krankheit ist mit dem in St. Louis wohlbekannten Rhinophym idéntisch; die alkoholische Aetiologie ist nicht ganz sichergestellt. Nach Ledentu's Ansicht ist die Autoplastik nicht nothwendig, es genügt, die gewucherten Partieen abzuschaben, ohne an dem Nasengerüst zu rühren. Championnière ist in Fällen dieser Art mit dem Thermocauter ausgekommen.

MENDEL.

17) Hue. **Acne hypertrophica der Nase. (Acne hypertrophique du nez.)** *Mercr. méd. 4. Oct. 1893.*

Von keinem Interesse für unsere Specialität. LUC.

18) C. W. R. Healey (Lucknow). **Accidentelle Ueberimpfung von Syphilis durch einen Schlag auf die Nase. (Accidental syphilitic inoculation from a blow on the nose.)** *Brit. Med. Journal. 30. December 1893.*

Die Krankengeschichte eines Falles, in dem die syphilitische Infection durch eine Verletzung der Nase erfolgte, die dem Patienten ein Mann beibrachte, der zu jener Zeit an secundärer Syphilis litt. MACKENZIE-JOHNSTON.

19) Cozzolino. **Ein neues blutstillendes und antiseptisches Mittel für die spontanen und chirurgischen Blutungen der Nasenscheidewand, der Nasenmuscheln etc. (Nouvelle médication hemostatico-antiseptique dans les hemor-**

ragies spontanées et chirurgicales du septum nasal, des cornets etc.) *Ann. des maladies de l'oreille et du larynx. No. 11. 1893.*

Verf. empfiehlt die Trichloressigsäurelösungen, mit denen er in Fällen von Nasenbluten stets hervorragenden Erfolg gehabt hat. Die Lösung von 1 : 100 ist stark antiseptisch und könnte das Eisenchlorid ersetzen; man kann die Trichloressigsäure auch im Wattebausch appliciren. E. J. MOURE.

20) **Marcel Natier. Polypen der Nasenscheidewand. (Des polypes de la cloison des fosses nasales.)** *Annales de la policlinique de Paris. Mai 1893.*

Die Polypen der Nasenscheidewand sind selten. Der Verf. berichtet über zwei Fälle, den einen aus seiner eigenen Praxis, den anderen nach den Mittheilungen eines dänischen Collegen (Dr. Lange). Die Aetiologie dieses Leidens ist unbestimmt, die Symptome sind die der Nasenpolypen im allgemeinen d. h. Behinderung der Athmung, Fremdkörpergefühl in der Nasenhöhle und mehr oder weniger ausgesprochene Verstopfung derselben. In den beiden erwähnten Fällen bestanden ausserdem noch lebhafte Kopfschmerzen an der dem Polypen entsprechenden Seite und Blutungen. Die Behandlung ist einfach: sie besteht in der Abtragung des Polypen mit der kalten Schlinge. Wichtig ist es, den Stiel des Polypen zu ätzen, sei es mit Zinkchlorür, Argent. nitricum oder mit dem Galvanokauter. In dem Natier'schen Falle, in dem das Aetzen verabsäumt war, sah man bald den Polypen recidiviren. MENDEL.

21) **W. Freudenthal. Zwei cystoide Polypen der mittleren Nasenmuschel. (Two cystoid polypi of the middle turbinated bone.)** *Archives of Otology. Juli 1893.*

Der Verf. giebt einen sehr genauen Bericht über den mikroskopischen Befund.
W. J. SWIFT (LEFFERTS).

22) **Duplay. Die Schleimhautpolypen der Nasenhöhle. (Des polypes muqueux des fosses nasales.)** *Revue internat. de rhinologie, d'otologie etc. 10. November 1893.*

D. bespricht im Anschluss an einen von ihm beobachteten Fall die Diagnose und Prognose dieser Krankheit. Er schildert ihre charakteristischen Symptome, die die Differentialdiagnose von malignen Tumoren sichern. Die Behandlung hat zwei Ziele zu verfolgen: die Entfernung der Polypen und die Verhütung von Recidiven. Der Verf. bespricht schliesslich die Operationstechnik und die verschiedenen Methoden, die zur Anwendung kommen können (Zange, Schlinge, Galvanokauter). E. J. MOURE.

23) **A. Rupp. Nasenpolypen. (Nasal polypi.)** *Gaillard's Med. Journ. December 1893.*

R. berichtet über einen Fall, der wegen der Zahl der Polypen und durch die Schwere der Symptome von Interesse ist. Die Nase des Pat. war erweitert und geschwollen, dabei fast vollständig verschlossen. Gleichzeitig bestanden Anfälle von Aphonie, spasmodischem Asthma und bei Anstrengungen Dyspnoe, ferner Taubheit, Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit, Schwindel und Neuralgie, in

der letzten Zeit sogar Anfälle von epileptischer Natur. Alle diese Symptome besserten sich nach der Operation. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

24) **A. T. Brady u. T. M. Creed** (Sydney). **Entfernung von Polypen von mehrjährigem Wachsthum unter Anästhesie durch hypnotische Suggestion. (Removal of polypi of many years growth under anaesthesia produced by hyp notic suggestion.)** *Australian Med. Gazette. 15. December 1893.*

Der Pat., ein 52jähriger Mann, hatte seit 20 Jahren nicht mehr durch die Nase athmen können, da dieselbe durch feste Polypen vollständig verstopft war. Creed hatte den Mann vorher wegen schweren Asthmas behandelt und dieses durch die Hypnose auch beseitigt. Er führte ihn dann zu Brady, der in der Hypnose in mehreren Sitzungen die gesammten Polypen und ausserdem hypertrophische Partien der mittleren Muscheln sowie eine knöcherne Spina der Nasenscheidewand abtrug. Das Gesicht des Patienten war das eines Knaben. Die Rachenreflexe waren im hypnotischen Schlaf nicht aufgehoben. A. T. BRADY.

25) **Albert Panné. Temporäre Resection der Nase für die Dauer von 3 Wochen wegen Schleimpolypen der Nasenhöhle. (Résection temporaire du nez maintenue pendant trois semaines pour polypes des fosses nasales.)** *Archives de laryngologie. 1893.*

Der Fall betrifft einen jungen Mann von 19 Jahren, dessen Nase in dem Maasse mit Schleimhautpolypen vollgestopft war, dass man mit den gewöhnlichen Methoden zu ihrer Entfernung nicht mehr auskam; bei jedem Operationsversuch war sofort das ganze Gesichtsfeld von Blut verdeckt. Der Verf. entschloss sich deshalb zu einer grösseren Operation. Er klappte die Nase nach der rechten Wange über und extrahirte die Geschwulstmassen, die die Nasenhöhle verstopften; dann curettirte er die kranken Partien und klappte die Nase zurück, ohne sie anzunähen. Drei Wochen lang wurde die Tamponade aufrechterhalten und bei jedem Verbandwechsel unter Chloroform die Nasenhöhle gründlich von mortificirtem Gewebe gereinigt, curettirt und schliesslich cauterisirt. 21 Tage nach der Resection wurden die Wundränder wieder angefrischt und mit einer doppelten Reihe von Nähten die Nase befestigt. Die Heilung erfolgte per primam und nach 5 Tagen konnten die Fäden entfernt werden. MENDEL.

26) **P. Verdós** (Barcelona) **Wirkung der Elektrolyse bei der Behandlung der Nasenpolypen. (Efectos de la electrólisis en el tratamiento de los pólipos de la nariz.)** *Gaceta sanitaria de Barcelona. 1893. No. 2. p. 41.*

Verf. berichtet über einen von ihm behandelten Fall und empfiehlt das Verfahren dringlichst mit dem Rathe immer nur den negativen Pol zur Anwendung zu bringen. GONGORA.

27) **S. Meyerson. Ueber Knochenblasenbildungen in der Nasenhöhle. (O pecherzach kostnych w nosie.)** *Medycyna. 1893. No. 15.*

Verf. hat 5 Fälle von Knochenblasenbildung in der Nase beobachtet, 4 bei Frauen, 1 Fall bei bei einem 22jährigen Manne. Die Erkrankung war in seinen

Fällen einseitig und von Polypenbildung begleitet, den Ausgangspunkt bildete die mittlere Muschel. Die Erscheinungen beruhen gewöhnlich auf Erweiterung der Nasenhöhle, Deviation des Septums, manchmal Verlegung der gegenüberliegenden Nasenhälfte. Der Tumor kann je nach seiner Grösse die entsprechende Nasenhöhle mehr oder weniger obturiren. Sein Volumen variirt, kann aber Taubeneigrösse erreichen.

Gewöhnlich ist die Blase leer, doch ist in 2 Fällen Eiter beobachtet worden. Fast immer entsteht die Blase als Entwicklungsanomalie. Sie ist mit einer dünnen Mucosa bekleidet, kann sich aber auch in eine mit Flüssigkeit erfüllte Cyste verwandeln. Verf. erklärt die Entwickelung dieser Gebilde durch entzündliche hypertrophische oder eiterige Processe. Die Knochenblasen können durch Druck, auf dem Wege der Reflexe, Kopfschmerzen, Asthma oder Alpdruck bedingen und sind in der Mehrzahl der Fälle bei Frauen beobachtet worden. Es folgt die detaillirte Angabe eines Falles, in welchem die Höhle circa 4 cm Diameter betrug. Es waren zugleich Nasenpolypen vorhanden. Die Geschwulst wurde auf operativem Wege entfernt. Sie enthielt Eiter, der, wie Verf. annimmt, einem Empyem der Highmorshöhle, durch Communication mit der Cyste entstammte.

T. HERYNG.

28) **Kafemann. Ueber die Coexistenz verschiedener Tumoren in der Nasenhöhle und im Rachen. (Sur la coexistence de diverses tumeurs dans les fosses nasales et dans le pharynx.)** *Revue internat. de rhinologie etc. 10. Oct. 1893.*

Die verschiedenen Autoren erwähnen nur sehr beiläufig das Nebeneinandervorkommen verschiedener Tumoren in den oberen Luftwegen. Fälle dieser Art scheinen aber gar nicht so selten zu sein; der Verf. theilt 6 einschlägige Beobachtungen mit; in allen ist die mikroskopische Untersuchung der Geschwülste vorgenommen. Die Tumoren waren von sehr verschiedener Natur, Schleimpolypen, Sarcome, Fibrosarcome, einfache adenoide Vegetationen u. s. w. E. J. MOURE.

29) **Robert C. Myles. Ein Myxom der Nase; Exostose und Nekrose des Vomer. (A myxoma of the nose; exostosis and necrosis of vomer.)** *N. Y. Med. Record. 25. November 1893.*

Nichts von Bedeutung. LEFFERTS.

30) **Huetlin. Sarkom der Nasenhöhle.** Dissertation. Freiburg. 1893.

Dem Referenten nicht zugänglich. SEIFERT.

31) **W. Zoege v. Manteufel** (Dorpat). **Sarkom der Nase.** *Petersburger Medicin. Wochenschr. 1893. No. 29.*

Pat. war operirt und nach eingetretenem Recidiv mit Injectionen von Arsen und Jod behandelt worden. Nach 3 Jahren in der Narbe wieder ein Recidiv, in Form eines mandelgrossen Tumors dem Nasenrücken aufsitzend. Strabismus convergens. Der Tumor wird entfernt, doch beide Venae ophthalmicae erwiesen sich mit Sarcommassen vollgepfropft. Pat. mit verheilter Wunde entlassen.

LUNIN.

32) **W. A. Dunn. Epitheliom der Nase. (Nasal epithelioma.)** *Journal Ophth., Otol. and Laryngology. October 1893.*

D. zieht der scharfen Operation in diesen Partien das Auftragen folgender Pasta vor:

Zinc. chlor. 0,6.
Hydrast. Canadens. pulverat. 1,75.
Albuminis ovi q. s. ut f. pasta.

D. bringt zwei Krankengeschichten bei. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

33) **Geo W. Caldwell. Die Krankheiten der Nasennebenhöhlen und eine verbesserte Behandlungsmethode für die Eiterung der Kieferhöhle. (Diseases of the accessory sinuses of the nose and an improved method of treatment for suppuration of the maxillary antrum.)** *N. Y. Medical Journal. 4. November 1893.*

Die Durchleuchtung soll nicht die anderen diagnostischen Hilfsmittel ausschliessen. Ohne Frage ist der einzig absolute Beweis der, dass man den Eiter aus der Höhle austreten sieht; und dies Symptom kann man gewöhnlich auch ohne operativen Eingriff sicherstellen. Verf. erinnert daran, dass Stirn-, Kiefer- und vordere Siebbeinhöhle dicht bei einander stehende Oeffnungen haben, gegenüber der vorderen Spitze der mittleren Nasenmuschel, hinter einer semilunären Falte der Schleimhaut, deren Concavität nach oben und hinten sieht. Die Stellung dieser Oeffnungen zu einander ist von diagnostischem Werth. Die Oeffnung der Kieferhöhle ist die bei weitem grösste und liegt hinter der semilunären Falte zu unterst. Zu oberst eröffnet sich die Stirnhöhle, während verdeckter unter der mittleren Muschel die Oeffnung, die in die vorderen Siebbeinzellen führt, gelegen ist. Diese halbmondförmige Falte wirkt wie eine unvollkommene Klappe vor der Kieferhöhle und sie leitet gelegentlich Flüssigkeiten aus den höheren Zellen in das Antrum hinein, wie C. dies wiederholentlich am Cadaver demonstriren konnte.

Aus diesem Grunde ist die Diagnose auf Higmorshöhlenempyem nicht vollständig, ehe nicht Eiterungen in der Stirnhöhle und den vorderen Siebbeinzellen ausgeschlossen sind. Das Antrum kann das blosse Receptakel des Eiters (nicht sein Ursprungsort) oder es kann auch secundär afficirt sein. Deshalb wäre eine diagnostische Methode, die exact und ohne Eingriff zum Ziele führt, von grossem Werth. Wo Eiter im mittleren Nasengang und im Sulcus olfactorius sich bildet, da ist klar, dass er aus einer der genannten Höhlen stammt. Man wische ihn dann fort und cocainisire den Nasengang: es ist jetzt zon Bedeutung, wo der erste Tropfen erscheint. Tritt der Eiter über den unteren Theil des Hiatus semilunaris hervor, so kommt er stets aus dem Antrum; erscheint er oben, so ist die Stirnhöhle sein Ursprungsort und bei Eiterung der vorderen Siebbeinzellen wird der Eiter unter dem Corpus der mittleren Muschel hervorsickern. Es brauchen aber die erkrankten Zellräume zur Zeit der Untersuchung nicht so angefüllt sein, dass Pus überfliesst. Man sichert dann die Diagnose, indem man die Stirnhöhle und das Antrum mittels eines kleinen biegsamen Silberkatheters mit einer aseptischen Lösung ausspült. Ist der Operateur mit der Lage der betr. Oeffnungen vertraut, so hat dies nach gründlicher Cocainisirung keinerlei Schwierigkeiten.

An dem Aussehen der rückfliessenden Spülflüssigkeit erkennt man den Zustand des Sinus. Ist eine Eiterung im Antrum sichergestellt, so empfiehlt Verf. breit von der Fossa canina aus zu incidiren und auf diesem Wege die Kieferhöhle zu entleeren und gründlich zu reinigen. Dann wird in dem unteren Nasengang eine breite Gegenöffnung angelegt und die erste Oeffnung geschlossen. Die späteren Irrigationen, das Drainiren etc. findet von unterem Nasengang aus statt. Auf diesem Wege hat C., bei relativ geringer Belästigung des Patienten, die besten Resultate erzielt. LEFFERTS.

34) **Collsen. Häufigkeit der Ursachen der Stirnhöhlenerweiterung.** Dissertation. Kiel. 1893.

Dem Referenten nicht zugänglich. SEIFERT.

35) **P. Söderbaum** (Schweden). **Ein Fall von Sarkom, ausgehend vom Sinus sphenoidalis. (Et fall af sarkom, utgaanget fraan sinus sphenoidalis.)** *Gefleborgs-Dala läkare och apothekare-förenings förhandlingar. 21 Häftet 1893.*

Dem Ref. nicht zugänglich. SCHMIEGELOW.

36) **Hervouet. Abscess der Kieferhöhle. (Abscès du sinus maxillaire.)** *Concours médical. 1893.*

Eine recht vollständige Darlegung des Standes dieser Frage für den Praktiker. MENDEL.

37) **Guement. Empyem der Kieferhöhle. (Empyeme du sinus maxillaire.)** *Annales de la polyclinique de Bordeaux. No. 14. 1893.*

Krankengeschichte eines Falles; nach Eröffnung der Höhle von der Fossa canina aus erfolgte rasche Heilung. E. J. MOURE.

38) **Liebe** (Freiberg i. S.). **Ueber einen Fall von Retropharyngealabscess durch Kieferhöhleneiterung.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. etc. No. 12. 1893.*

Patientin, mit doppelseitiger Kieferhöhlen- und linksseitiger Stirnhöhleneiterung behaftet, litt schon an wiederholten Halsentzündungen. Einmal kam es zu einer teigigen schmerzhaften dunkelrothen Vorwölbung hinter der rechten Mandel, die nach Ausspritzung der eitergefüllten Nebenhöhlen von selbst wieder verschwand. SCHECH.

39) **Manchot** (Hamburg). **Eiterung der Keilbeinhöhle und retropharyngeale Phlegmone.** *Münchn. med. Wochenschr. No. 50. 1893.*

M. demonstrirte im ärztl. Vereine zu Hamburg ein Präparat von einem Diabetiker, der mit typhösen Erscheinungen und Schmerzen im Genick erkrankte und am 10. Tage, nachdem noch Milztumor und Roseola aufgetreten waren, an Collaps starb. Der diagnosticirte Typhus fand sich nicht, dagegen eine retropharyngeale Phlegmone mit Eiter in den Keilbeinhöhlen. SCHECH.

40) **Burger** (Amsterdam). **Zur Diagnose der Kieferhöhleneiterung.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. etc. No. 11. 1893.*

Auf Grund der Beobachtung von zwei Fällen kommt Burger zu dem

Schlusse, dass in jedem Falle von einseitiger Rhinitis darauf zu achten sei, ob nicht vielleicht eine Eiterung der Kieferhöhle der andern Seite besteht; der Eiter gelangt auf die entgegengesetzte Nasenseite während der Nacht. Die Durchleuchtung hält B. für eine werthvolle diagnostische Untersuchungsmethode und tritt der Davidsohn'schen Auffassung bei, dass bei der Durchleuchtung das Hauptgewicht dem Bulbus zukommt. Die Zeichen der Durchleuchtung des Bulbus sind die rothe Aufleuchtung der Pupille und die subjective Lichtempfindung. Während letztere, wo vorhanden, die Vortheile eines subjectiven Symptomes besitzt, ist die erstere eine bei normalen Menschen regelmässig zu beobachtende Erscheinung und deshalb praktisch von grösster Bedeutung. SCHECH.

41) J. Sedziak. **Die Behandlung latenter Eiterungen der Nebenhöhlen der Nase. (Leczenie skrytych postaci ropotokow zatok bocznych nosa.)** *Przeglad chirurgiczny. Bd. I. Heft 2.*

Verf. giebt eine Uebersicht der auf diesem Gebiete in letzter Zeit gewonnenen Erfahrungen und Ergebnisse der Arbeiten von Lichtwitz, Grünwald, Cozzolino, Chiari, Lermoyez, Kilian, Hajek, Cartaz u. A., die er auf Grund eigener Erfahrungen kritisch zu beleuchten trachtet.

Er bespricht, bei latenten Eiterungen der Highmorshöhle, die Frage der spontanen Heilung, die verschiedenen operativen Behandlungsmethoden und hält u. A. die Catheterisation durch das Ostium verum für eine in den meisten Fällen unsichere Methode. Bessere Resultate werden durch die Camper'sche Methode erzielt. Das Verfahren von Mikulicz führt nicht immer zum Ziele, eignet sich auch nicht zur Selbstbehandlung.

Bei Besprechung des Empyems des Sinus frontalis äussert sich Verf. über die Catheterisation als eine sehr wichtige Behandlungsweise und hält dieselbe für ausführbar in der Hälfte der Fälle.

Es folgt eine kurze Besprechung der Empyeme der Keilbeinhöhle, des Siebbeinlabyrinthes und der combinirten Empyeme verschiedener Nebenhöhlen der Nase. LUBLINER (HERYNG).

42) Marchand (Marburg). **Ueber ein Endotheliom mit hyalinen Kugeln (Cylindrom) des Antrum Highmori.** *Beitr. z. path. Anat. v. Ziegler. XIII. Bd. 3. 4. 1893.*

Die Geschwulst entstammte einem 28jährigen Mädchen, welchem der linke Oberkiefer exstirpirt worden war. Die Geschwulst zeichnete sich dadurch aus, dass durch hyaline Kugeln und Schläuche der Geschwulst ein ganz eigenthümlicher Charakter verliehen wurde. An der hyalinen Quellung betheiligten sich sowohl die Geschwulstzellen, als das Stroma und die bindegewebige Scheide der Gefässe überall da, wo die Zellwucherung einen höheren Grad erreichte.

SEIFERT.

43) Schuster (Aachen). **Zur Lehre von den Eiterungen der tieferen Nebenhöhlen der Nase.** *Deutsche med. Wochenschr. 1893. No. 38.*

Veranlassung zu dem Artikel giebt dem Verf. das Grünwald'sche Buch. Schuster bringt zunächst eine Krankengeschichte, die die aetiologische Bedeu-

tung des Erysipels für Eiterungen der Keilbeinhöhle illustrirt. Er hebt dann die Wichtigkeit der Sondenuntersuchung für die Diagnose circumscripter Knochenerkrankungen hervor, auf welche er bereits 1877/78 in seiner Arbeit „Ueber Pathologie und Therapie des Nasensyphilis“ (Archiv f. Dermatologie und Syphilis. 5. Jahrg.) hingewiesen hat. Ist es in Folge von Syphilis zu tiefsitzenden cariös-nekrotischen Processen gekommen, so erfordern diese dieselbe chirurgische Behandlung, wie die nicht specifischen Sequester. LANDGRAF.

44) **Charles A. Ballance** (London). **Empyem der Highmorshöhle. (Empyema of maxillary sinus.)** *British Med. Journ. 9. Dec. 1893.*

Demonstration der Transilluminationsmethode vor der Clinical Society of London am 24. Nov. 1893. Die erkrankte Seite blieb dunkel. SEMON.

45) **Geo W. Caldwell. Durchleuchtung der accessorischen Nasenhöhlen. (Transillumination of the accessory sinuses of the nose.)** *N. Y. Medical Journal. 4. November 1893.*

C. beschreibt die gewöhnliche Methodik dieser Untersuchungsmethode, ohne etwas Neues dazu beizubringen. Von Interesse sind folgende Ausführungen des Verf.'s: „Die Ethmoidzellen werden gewöhnlich als ausserhalb des Durchleuchtungsgebietes liegend angesehen. Ich habe mich aber davon sicher überzeugt, dass wenn man die kleine Lampe, die ich für die Durchleuchtung der Mastoidzellen angegeben habe, gegen die orbitalen Gewebe drückt, zwischen den Augapfel und die innere Orbitalwand, dass man dann durch die Nase die Ethmoidzellen und den Meatus superior erhellt sieht.“

„Richtig angewandt, ist die Durchleuchtung eines der werthvollsten diagnostischen Hülfsmittel, die wir besitzen; sie bietet technisch keinerlei Schwierigkeiten und macht dem Pat. keine Beschwerden.“ LEFFERTS.

46) **Ziem. Nochmals die Durchleuchtung der Kiefer- und Stirnhöhle.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. No. 12. 1893.*

Z. wendet sich gegen die Ausführungen Davidsohn's und behauptet, dass trotz Eiterung in der Kieferhöhle der Bulbus durchleuchtet sein könne und ebenso auch umgekehrt. Die Durchleuchtung sei ein schönes Experiment aber kein sicheres diagnostisches Zeichen, wie es einzig und allein die Durchspülung sei, eine Ansicht, der sich auch Referent von Herzen gerne anschliesst. Dasselbe sagt Ziem auch von der Durchleuchtung der Stirnhöhle. Den Schluss des Artikels bildet eine Polemik gegen den Artikel Burger's in No. 11 der Monatsschrift. SCHECH.

47) **E. Schmiegelow** (Kopenhagen). **Sondirung der Nebenhöhlen der Nase. (Sondering af Näsens Bihuler.)** *Medic. Aarsskrift. 1893. p. 193.*

Ein Uebersichtsartikel. SCHMIEGELOW.

c. Mundrachenhöhle.

48) **T. Annandale** (Edinburgh). **Klinische Vorlesung über Hasenscharten und Gaumenspalten. (Clinical lecture on hare-lip and cleft palate.)** *British Med. Journal. 2. December 1893.*

Die Vorlesung wurde in der Universität Edinburgh gehalten. Redner beschreibt alle die verschiedenen Abarten der Hasenscharte und der Gaumenspalten und erörtert die operativen Maasnahmen, die dabei in Frage kommen.

MACKENZIE-JOHNSTON.

49) **William Thomas** (Birmingham). **Operative Behandlung der schweren Fälle von Hasenscharte. (Operative treatment of severe hare-lip.)** *Birmingham Med. Rev. September 1893.*

In einem auf dem Newcastle Meeting der B. M. A. gehaltenen Vortrage bespricht Th. die Frage nach der besten Operationsmethode für diese Fälle,

MACKENZIE-JOHNSTON.

50) **M. W. v. Schultén** (Helsingfors). **Ueber die Bildung einer Lippe mittels eines von der anderen Lippe entnommenen bruchförmigen Lappens. (En metod att ersätta en defekt af den ena läppen medelst en bryggformad lamba fran den andra.)** *Finska Läkaresällskapets Handlingar. 1893. No. 12.*

Eine sehr hübsche Methode, auf die hier nur im Allgemeinen und ohne in's Detail zu gehen, die Aufmerksamkeit gelenkt werden soll, da die Sache ein vorzugsweise chirurgisches Interesse hat. SCHMIEGELOW.

51) **Marais. Die späte Naht der Unterlippe. (Suture tardive de la lèvre inférieure.)** *Année méd. 15. Sept. 1893.*

Ohne Interesse für uns. LUC.

52) **Hansen** (Reval). **Zwei Fälle von Unterlippencarbunkel.** *Petersburger medic. Wochenschr. 1893. No. 24.*

Hansen referirt im Verein der Revaler Aerzte über 2 Fälle von Unterlippencarbunkel. Der eine betraf einen Mann von 40 Jahren, der ein kleines Bläschen an der Unterlippe sich mit dem Fingernagel aufgekratzt hatte, der zweite eine 60jährige Frau, welche, mit einer Schrunde an der Unterlippe behaftet, alten Käse gegessen hatte. H. warnt vor Verwechselung mit dem Furunkel. Die Therapie besteht in frühzeitiger Spaltung der erkrankten Stelle, was H. bei seinen beiden Pat. gethan hat. In beiden Fällen Heilung nach 3 Wochen.

Discussion. Clever hat einen Fall von Oberlippencarbunkel mit 2proc. Carbollösung-Injectionen behandelt, worauf schnelle Heilung eintrat.

Plotnikow warnt vor Verwechselung mit Pustula maligna und referirt über einen Fall von lupösem Geschwür der Unterlippe, welches bei einem Krankenwärter entstanden war, der von einem mit Lupus behafteten Geisteskranken an der Lippe gekratzt war. Das Ulcus hatte sich in zwei Monaten über die halbe

Unterlippe ausgebreitet. Keilexcision, Heilung. Die mikroskopische Untersuchung ergab lupöses (Granulations-) Gewebe. LUNIN.

53) **C. W. Glassington. Epulis. (Epulis.)** *Brit. Jour. of Dental Sciences. 1893. XXXVI. p. 289.*

Dem Ref. nicht zugänglich. MACKENZIE-JOHNSTON.

54) **G. Baumgartel. Infectiöse Parulis.** *Zeitschr. f. Wundärzte u. Geburtshelfer. Fellbach. 1893. p. 132.*

Nicht zugänglich. O. CHIARI.

55) **E. B. Gleason. Nekrose der Processus palatini des Oberkiefers; Entfernung eines Sequesters, bestehend aus einem grossen Theil des knöchernen Bodens der Nasenhöhle und aus einem Stück des Septums. Heilung ohne jede Entstellung des Gesichts. (Necrosis of the palate processes of the superior maxillary bones; removal of a sequestrum representing much of the bony floor of both nasal chambers and a part of the septum; recovery without any deformity.)** *Med. Bulletin. September 1893.*

G. giebt eine detaillirte Beschreibung der Operation.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

56) **Hingston Fox** (London). **Chronisch-hypertrophische Entzündung des Zahnfleisches mit Leukocytose. (Chronic hypertrophic inflammation of the gums with leucocytosis.)** *Brit. Med. Journal. 4. Februar 1893.*

Vorstellung des Falles in der Hunterian Society.

MACKENZIE-JOHNSTON.

57) **Géraud. Acutes Entstehen einer Ranula nach dem Genuss von Gefrorenem. (Grenouillette aigue après absorption de boissons glacées.)** *Journ. de méd. et de chirurgie. 10. Mai 1893.*

Bei einem Soldaten bildete sich infolge einer Indigestion, die er sich durch Eis-Genuss zugezogen, am Mundboden eine umfangreiche Geschwulst, die die Zunge nach hinten drängte und bedrohliche Erstickungserscheinungen verursachte. Es handelte sich um eine Ranulageschwulst. Nach einem vergeblichen Versuch den Drüsenausführungsgang zu katheterisiren, wurde derselbe incidirt und der Tumor durch Druck entleert. LUC.

58) **Richardière. Complicationen der acuten Mandelentzündung an Pleura und Lunge. (Complications pleuro-pulmonaires de l'amygdalite aigue.)** *Union Médicale. 1893. Paris.*

Die Mandelentzündung ist eine Infectionskrankheit und hat demgemäss ihre Allgemeinerscheinungen; auch von ihren visceralen Complicationen sind verschiedene bereits wohlbekannt, so die Nephritis (Bouchard), die Schwellung von Leber und Milz (Dubousquet-Laborderie), die Orchitis und Oophoritis (Joal) und schliesslich die ulceröse Endocarditis. In der letzten Zeit hat man auch auf die Complicationen von Seiten der Pleura und der Lunge aufmerksam gemacht. R. beobachtete einen Fall von nicht-eitriger Tonsillitis, in dem der

Pat. über Seitenstechen und Dyspnoe klagte. Er starb dann plötzlich und man fand in seiner linken Pleura 2 Liter Pus, ferner eine eitrige Myositis in der Nähe des Empyems aber ohne Communication mit demselben. Die localen Symptome der mit pleuro-pulmonalen Affectionen complicirten Tonsillitiden sind im allgemeinen wenig intensiv, es besteht nur eine peritonsilläre Phlegmone. Die Pleuritis, die man in solchen Fällen findet, ist immer eitrig. Pneumonie ist weniger häufig als Pleuritis; dagegen wird Congestion zu den Lungen häufiger constatirt. Die Prognose ist ernst. Die Pathogenese kann auf zwei Wege der Infection hinweisen, auf die Infection per Continuitatem durch Fortkriechen der Entzündung oder auf Allgemeininfection.

MENDEL.

59) **Ruault** (Paris). **Ein neues operatives Verfahren zur Eröffnung peritonsillärer Abscesse. (Sur un nouveau procédé opératoire appliqué à l'ouverture des abscès peri-amygdaliens.)** *Mercredi médical. No. IV. p. 25. 1893.*

Verf. eröffnet die gewöhnlich vor der Tonsille gelegenen Abscesse mittelst eines gekrümmten Messers, das er zwischen Mandel und vorderen Gaumenbogen einführt. Man kommt auf diese Art, wenn man die Tonsille von dem Gaumenbogen ablöst, fast stets auf den Eiterheerd.

LUC.

60) **Daret** (Lille) **Der Krebs der Mandeln und seine Operationsmethoden. (Cancers des amygdales. Procédés opératoires.)** *Journ. des sciences méd. de Lille. 1893. p. 193.*

Verf. betont die Wichtigkeit des Touchirens im Rachen, einer Methode, die weit besser als die Inspection die Bestimmung der Grenzen der Neubildung gestattet. Nach geschwollenen Drüsen muss sehr sorgfältig gesucht werden. Lange Zeit hindurch bleibt die Drüsenschwellung gewöhnlich auf die Schwellung der Drüse unter dem Kieferwinkel beschränkt; sind bereits andere Drüsen mitbetheiligt, so ist ein Recidiv nach der Operation sehr zu fürchten.

Das Epitheliom der Mandel kann operirt werden, solange die Ulceration die Nische für die Mandel nicht merkbar überschreitet und solange die Geschwulst noch über den tieferen Partien verschiebbar ist. Ausserdem muss auch die submaxillare Geschwulst noch seitlich und in vertikaler Richtung über der Tiefe beweglich sein.

Für die Entfernung der carcinomatösen Mandel giebt es dann zwei Wege: der natürliche d. h. die Entfernung per os und der künstliche, bei dem der Chirurg die tiefgelegene Mandel in grösserem Umfange bloslegen kann. Beim Operiren nach der ersteren Methode entfernt man die Mandel in kleinen Schnitten mit dem galvanischen Brenner, indem man mittelst des Sperrers den Mund weit öffnet und die Zunge kräftig nach aussen ziehen lässt.

Für die Excision der Mandel von aussen her empfiehlt der Verf. eine neue Methode; er schneidet einen grossen Lappen in V-Form, so dass sich die beiden Schnitte an der Vereinigungsstelle von oberem und mittlerem Drittel des Halses treffen, die Basis aber den ganzen Kiefer mit seinen Muskeln in der Breite umfasst. Auf diese Weise kann man die geschwollenen Drüsen vollständig exstirpiren. Der Kiefer wird 2 cm vor dem Masseter durchsägt; wenn man an derselben

Stelle die Weichtheile incidirt, gelangt man leicht in die Tiefe und überschaut bald den Zungenrand und den Isthmus faucium. Man exstirpirt dann die Geschwulst und vernäht erst den Knochen, dann die Weichtheile. LUC.

61) **Bohéas. Infectiöse Angina. (Angine infectieuse.)** *Arch. de méd. Mar. 1893. p. 352.*

Nicht zugänglich. LUC.

62) **Lebon. Pseudodiphtheritische Anginen. (Angines pseudo-diphthéritiques.)** *Gazette des hôpitaux. 1893.*

Die pseudodiphtheritischen Anginen bieten ganz das Bild der diphtheritischen und zwar bald das der gutartigen, bald das der schweren septischen Formen dar. Weder der Verlauf, noch die Symptome, noch auch der Bau der Pseudomembranen lassen eine sichere Diagnose nach der einen oder andern Seite stellen. Bei der Diphtherie findet man stets, isolirt oder was sehr viel häufiger ist, mit Streptokokken oder anderen Kokken zusammen den Klebs-Loeffler'schen Bacillus, über dessen Specificität heute wohl kein Zweifel mehr besteht. Bei den nicht-diphtheritischen pseudomembranösen Anginen fehlt dieser Bacill stets.

Unter den primären pseudodiphtheritischen Anginen unterscheidet Verfasser die Kokken-, die Staphylokokken-, die Streptokokken- und die Pneumokokken-Anginen. Die secundären pseudodiphtheritischen Anginen sind die Scharlach-angina, die Angina bei Masern, die bei Syphilis, die nach Amygdalotomie, die herpetische etc. MENDEL.

63) **Klingel. Phlegmonöse Angina mit Abscessbildung in der Plica salpingo-pharyngea.** *Münchn. med. Wochenschr. No. 50. 1893.*

Mittheilung eines Falles, mit der Bemerkung, dass die Durchbruchstelle des Eiters bei phlegmonöser Angina an verschiedenen Stellen namentlich auch tiefer als in der nächsten Umgebung der erkrankten Tonsille stattfinden kann.

SCHECH.

64) **Albertin. Narbige Verwachsung der hinteren Gaumenbögen. (Adhérence cicatricielle des piliers postérieurs du voile du palais.)** *Province méd. 1893. No. 34.*

Nicht zugänglich. LUC.

65) **S. Meyerson. Ein Beitrag zur Aetiologie der membranösen Rachenverwachsungen. (Przyczynek do etiologii btoniastego zarosniecia gardzieli.)** *Medycyna. No. 40. 1893.*

Bei einem 10jährigen Knaben fand Verfasser eine totale Verwachsung des weichen Gaumens mit der hinteren Rachenwand mit Zurücklassung einer ganz kleinen Oeffnung, durch welche eine dünne Sonde in den Nasenrachenraum geführt werden konnte. Die Inspiration durch die Nase war sehr erschwert, die Exspiration unmöglich. Ausserdem zeigte die Untersuchung eine zweite, tiefer gelegene Membran, die horizontal zwischen Zungenbasis und hinterer Pharynxwand ausgespannt, mit einem etwa $^1/_2$ cm langen, 2 mm breiten Spalt versehen

war und aus narbigem Bindegewebe bestand. — Durch diese Oeffnung dringen nun sowohl die Nahrung wie die Luft ein, und war deshalb bei dieser ungenügenden Ernährungsweise der allgemeine Zustand des Patienten ein miserabler. Die Athmung stridulös und sehr laut, die Stimme dumpf, etwas näselnd. Durch operative Eingriffe wurde die Oeffnung bedeutend vergrössert und zeigte sich alsdann, dass der Introitus laryngis in einen cylindrischen, etwa 2 cm breiten, 3 cm langen, bis zum Larynx sich erstreckenden Canal verwandelt war. Mittelst eines speciell construirten Messers wurde auch die den Nasenrachenraum obturirende Membran operativ beseitigt und bedeutende Besserung erreicht, sowohl der Respiration wie des Schlingvermögens. Verf. hält die Verwachsung für das Product eines syphilitischen hereditären Processes. T. HERYNG.

66) **A. Cartaz. Die vollständige Verwachsung zwischen Gaumensegel und Rachen. (La soudure complète du voile du palais et du pharynx.)** *Archives internat. de Laryngologie, Rhinol. et d'Otologie. Paris. 1893.*

C. bespricht in seiner ausführlichen Arbeit zuerst die Aetiologie der Verwachsung zwischen Gaumen und Rachen, darauf die Functionsstörungen, die sie mit sich führt; hauptsächlich aber behandelt er die chirurgische Behandlung dieser Affection und die Schwierigkeit, durch dieselbe gute Resultate zu erzielen. C. erwähnt einen Fall aus seiner eigenen Praxis; der betr. Patient hatte eine complete Verwachsung von Gaumensegel und hinterer Rachenwand infolge einer schweren, im Anfang nicht behandelten Syphilis. Trotz der Ausdehnung der Verwachsung waren die Functionsstörungen doch so geringe, dass eine Operation irrationell gewesen wäre. C. berichtet ferner noch über zwei Beobachtungen von Lubet-Barbon. — Die häufigste Ursache der Verwachsung ist die Syphilis. Gegenüber der Scrophulose als Ursache der Adhäsion ist ein gewisses Misstrauen am Platze. Diphtherie, Lupus und Rhinosklerom können in Frage kommen. Die Entwickeluug der Affection kann eine erstaunlich rasche sein. MENDEL.

67) **J. E. Nichols. Rheumatoide Pharyngitis. (Rheumatoid pharyngitis.)** *Annals Ophth, Otol. and Laryngology. October 1893.*

Vier Zustände können mit der rheumatoiden Pharyngitis verwechselt werden: 1. die Myalgia pharyngis, eine Affection der Muskeln des Pharynx und der vorderen Halspartie, die mit der rheumatoiden Pharyngitis zusammen vorkommen kann, aber keinerlei entzündliche Symptome hat; 2. die chronisch-hypertrophische Pharyngitis, die indessen meist lange besteht und mit nasaler Verstopfung verbunden ist; 3. die acute catarrhalische Pharyngitis, die einer echten entzündlichen Invasion ihren Ursprung dankt; 4. die Rachen-Neurosen, die stets chronisch sind.

Bei rheumatoider Pharyngitis giebt man am besten grosse Dosen von salicylsaurem Natron in kurzen Zwischenpausen und zum localen Gebrauch ein Gurgelwasser von Natron bicarbonic. in heissem Wasser bis zur Sättigung gelöst.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

68) **Deshayes. Die Pharyngitis der Schnupfer. (Pharyngitis des priseurs.)** *Mercredi méd. 4. October 1893.*

Nichts Neues. LUC.

69) **Dauzac. Follikelentzündung an Wangen- und Rachenschleimhaut. (Folliculite bucco-pharyngée.)** *Journ. de Méd. de Bordeaux. No. 12. 1893.*

Der Fall ist besonders durch die Art der anatomischen Veränderung interessant, die der bei der Syphilis und bei der Tuberculose zu beobachtenden sehr ähnlich ist.

E. J. MOURE.

70) **Mesny. Ringförmige Verengerung des unteren Pharynx. (Retrecissement annulaire du pharynx inférieur.)** *Thèse de Bordeaux. 1893.*

Nachdem M. die Anatomie und Physiologie der unteren Rachengegend kurz besprochen, studirt er die Pathogenese und die pathologische Anatomie der Stenosen dieser Theile, deren Ursache in submucöser syphilitischer Infiltration oder glosso-pharyngealem Syphilom, oder in einer secundären Retraction nach einer Ulceration, oder endlich in einer fibrösen Retraction nach Hyerplasie des Zellgewebes zu suchen ist.

Die einzig wirksame Therapie aller dieser Processe ist immer die chirurgische. Verfasser empfiehlt den Gebrauch des galvanischen Messers.

BEAUSOLEIL (MOURE).

71) **Labit. Generalisirte Rachenmykose. (Mycose generalisée du pharynx.)** *Revue de laryngologie. No. 13. 1893.*

Der Fall ist interessant durch die Ausdehnung der Läsion. Die Pilzablagerungen erstreckten sich vom Nasopharynx in den Kehlkopf hinunter an beiden Ligg. ary-epiglottica entlang.

E. J. MOURE.

72) **Kraus. Die Diagnose und Behandlung der Mycosis leptothricia pharyngea. (Diagnostic et traitement du leptothryx-mycosis pharyngien.)** *Bulletin méd. 1893.*

Die Leptothrixmycose ist zu erkennen an ihrem chronischen Verlauf, an dem Fehlen subjectiver Symptome und an dem Auftreten der kleinen weissen Fleckchen auf der Mund- und Rachenschleimhaut. Diese Fleckchen übersteigen nicht die Grösse eines Hirsekorns, sie bilden spitze kleine Erhebungen und sind, wenn die Affection bereits eine gewisse Zeit gedauert hat, nur schwer von ihrem Grunde zu entfernen. Die Diagnose lässt sich auch ohne das Mikroskop stellen.

MENDEL.

73) **Hallopeau u. Jeanselme. Ein Fall von Mycosis fungoides mit Lokalisation am Gaumen und Induration der Zunge nebst Sectionsbericht. (Sur un cas de mycosis fungoide avec localisation palatine et induration scléreuse de la langue. Resultats de l'autopsie.)** *Annales de la Société de Dermatologie et Syphiligraphie. Paris. 1893.*

Die Mykose breitete sich sehr schnell aus. Das Gesicht, die Regio suprahyoidea, der Nacken etc. bedeckten sich mit mykotischen Tumoren und der Kranke starb im Januar 1893. Die Arbeit enthält einen sehr ausführlichen Sectionsbericht. Am linken hinteren Gaumenbogen findet sich ein halbkugliges Knötchen von klein Nussgrösse und grauer blasser Färbung; ausser diesem und der Mandel ein anderes, nahezu gestieltes Knötchen von Kirschkerngrösse und

lebhaft roth. Auf dem Zungenrücken hinter dem Drüsen V constatirt man eine diffuse Infiltration von etwa $^1/_2$ cm Dicke. Die Plicae ary-epiglotticae sind oedematös, die Epiglottis selbst verdickt und injicirt. Auf dem einen Stimmband nahe an seiner hinteren Insertion sitzt eine röthliche Hervorragung, der eine Excavation entspricht. Die bakteriologische Untersuchung ergab das reichliche Vorhandensein eines äusserst virulenten Staphylococcus aureus. MENDEL.

74) **Bouilland. Rachenpolypen. (Polypes du pharynx buccal.)** *Thèse de Lyon. 1893.*

Nicht zugänglich. LUC.

75) **J. R. French. Lymphoide Geschwülste an der Rachenwölbung. (Lymphoid growths in the vault of the pharynx.)** *Brooklyn Medic. Journal. Juni 1893.*

Nichts Neues. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

76) **R. H. Woods** (Richmond). **Ein Fall von Pharyngotomia subhyoidea wegen Carcinoms mit Ergriffensein der hinteren Rachenwand. (A case of subhyoid pharyngotomy for cancer affecting the posterior pharyngeal wall.)** *Medical Press and Circular. 1. November 1893.*

W. giebt eine detailirte Beschreibung der Operation eines Falles von Epitheliom des Rachens; der Vortheil gegenüber der seitlichen Pharyngotomie liegt in der vollständigeren Vermeidung der grossen Gefässe.

MACKENZIE-JOHNSTON.

77) **Engelhardt** (Bonn). **Ueber Pharynxreflexe bei Normalen und Hysterischen.** Dissert. Bonn. 1893.

Die Prüfung der Gaumen-Rachen-Reflexe nahm E. in der Weise vor, dass er den rechten Gaumen und die hintere Rachenwand mit einem hölzernen Stift bestrich. Er fand bei 25 pCt. der Normalen keinen Reflex, bei 10 Hysterischen war der Reflex immer auszulösen, wenn auch mitunter schwer. E. bezweifelt daher die diagnostische Verwerthbarkeit des Reflexes. SEIFERT.

78) **Aviragnet. Retropharyngealabscesse. (Abcès retro-pharyngien.)** *Revue mens. mal. de l'enfance. 1893. p. 449.*

Nichts Neues. LUC.

79) **Casazza. Retropharyngealabscess. (Ascesso retro-faringeo.)** *Gazz. med. di Pavia. 1893. No. 4.*

Der Abscess wurde von der Aussenseite des Halses eröffnet. TOTI.

80) **Bading. Operation der retropharyngealen Abscesse.** Dissertat. Greifswald. 1893.

Dem Referenten nicht zugänglich. SEIFERT.

81) **Mossé. Diagnostischer Werth der Anästhesie des Schlundes. (Valeur séméiologique de l'anesthésie de l'arrière-gorge.)** *Midi méd. 1893. No. 15.*

Nach einer genauen Untersuchung der Sensibilität der Rachenschleimhaut

bei verschiedenen Individuen kommt Verf. zu dem Schlusse, dass diese Sensibilität auch abgesehen von der Hysterie sehr oft vermindert oder selbst völlig aufgehoben ist, und dass der Anaesthesie dieser Partien deshalb nicht die Bedeutung eines pathognomonischen Symptoms der genannten Neurose zukommt, die man ihr öfters zuschreibt. LUC.

82) **Revillet** (Allevard). **Bemerkungen über die Strahl-Douche im Halse. (Note sur la douche de gorge en jet.)** *Lyon méd. 23. Juli 1893.*

Die Kraft des Douchestrahls rührt davon her, dass der Behälter in der Höhe von 1 m angebracht wird. Der Kranke richtet den Strahl gegen den Rachengrund und lautet dabei den Ton A an. Die Flüssigkeit soll 33—36° C. warm sein. Alle halbe Minuten wird das Douchen unterbrochen. LUC.

83) **E. Schmiegelow** (Kopenhagen). **Digital-Exploration des Schlundes. (Digital Exploration af Svälget.)** *Medicinsk Aarsskrift. Kobenhvn. 1893. p. 189.*

Ein Uebersichtsartikel. SCHMIEGELOW.

d. Diphtherie und Croup.

84) **Martha. Abgeschwächte Diphtherie. (Diphthérie atténuée.)** *Arch. de Med. Exp. et d'Anat. path. Paris. 1893.*

M. züchtete aus einem Falle von Diphtherie einen morphologisch dem Loeffler'schen Bacillus gleichenden Pseudodiphtheriebacillus. Dieser Bacill kommt auch im Halsschleime Maserkranker und selbst Gesunder vor. Die Localisation dieses Bacteriums ist dieselbe wie die seiner virulenten Form. Auch die Cultur bietet keine Abweichungen von dem echten Diphtheriebacillus dar. Allein die für das Diphtherievirus empfänglichsten Thiere reagiren auf Einimpfung des Pseudodiphtheriticus nicht.

Nach dem Resultat der bacteriologischen Untersuchung nimmt Verf. an, dass sein Kranker eine richtige Diphtherie gehabt hat, aber 2 Monate später im Rachenschleim nur noch abgeschwächte Diphtheriebacillen beherbergte. Vielleicht stand auch das Gurgeln mit Carbollösungen von 1:100 mit dieser Abschwächung des Virus und mit der Umwandlung des virulenten Diphtheriebacillus in seine unschädliche Abart im Zusammenhang. MENDEL.

85) . . . **Katzen und Diphtheritis. (Cats and diphtheria.)** *Brit. Med. Journal. 4. November 1893.*

Eine redactionelle Notiz über ein paar Fälle von Diphtheritis, in denen die Erkrankung der Kinder zurückgeführt wurde auf eine ähnliche Erkrankung von Katzen, die im selben Hause lebten. MACKENZIE-JOHNSTON.

86) **Edward Gwynn. Katzen und Diphtheritis. (Cats and diphtheria.)** *N. Y. Med. Record. 2. December 1893.*

Der Artikel bildet nur ein Referat der vom Verf. in dem Brit. Med.-Journal publicirten Arbeit. LEFFERTS.

87) **Geo Cordwent** (London). **Diphtheritis und Missstände im Abfuhrsystem. (Diphtheria and defective drainage.)** *Brit. Med. Journ. 25. Nov. 1893.*

88) **J. B. Berkart** (London). **Dasselbe.** Ebendas.

89) **R. W. Parker** (London). **Dasselbe.** Ebendas.

Die Verff. suchen in weiteren Briefen an den Herausgeber nachzuweisen, dass Störungen in der Canalisation mit den Diphtherieepidemien im Zusammenhang stehen.

MACKENZIE-JOHNSTON.

90) **Samuel Wilks** (London). **Diphtheritis und Mängel im Abfuhrsystem. (Diphtheria and defective drainage.)** *British Med. Journal. 2., 16. u. 23. December 1893.*

91) **James Priesley** (London). **Dasselbe.** Ebendas.

92) **Edward Seaton** (Clapham Common). **Dasselbe.** Ebendas.

93) **J. B. Berkart** (London). **Dasselbe.** Ebendas.

94) **C. H. Allfrey** (St. Leonards). **Dasselbe.** Ebendas.

95) **H. G. Wharry** (London). **Dasselbe.** Ebendas.

96) Sir **George Johnson** (London). **Dasselbe.** Ebendas.

97) **John F. J. Sykes** (London). **Dasselbe.** Ebendas.

98) **H. Handford** (Nottingham). **Dasselbe.** Ebendas.

99) **John Cumow** (London). **Dasselbe.** Ebendas.

Weitere Briefe an den Herausgeber, in denen die Discussion über die Rolle der Störungen der Canalisation bei der Aetiologie der Diphtheritis fortgesetzt wird.

MACKENZIE-JOHNSTON.

100) . . . **Die Diphtheritis-Epidemie in London. (The diphtheria-epidemic in London.)** *Brit. Med. Journ. 25. Nov. 1893.*

Einige Bemerkungen der Redaction anknüpfend an den wöchentlichen Mortalitätsbericht.

MACKENZIE-JOHNSTON.

101) . . . **Die Diphtheritis in grossen englischen Städten. (Diphtheria in large English towns.)** *Brit. Med. Journ. 14. Oct. 1893.*

Der Artikel sucht nachzuweisen, dass London die anderen grossen Städte an Diphtheriefällen übertrifft.

MACKENZIE-JOHNSTON.

102) . . . **Die Diphtheritis in grossen Städten. (Diphtheria in large towns.)** *Brit. Med. Journ. 4. Nov. 1893.*

Eine redactionelle Erörterung einiger Punkte aus der Lehre von der Diphtherie vom Standpunkt der öffentlichen Gesundheitspflege. Nichts Neues.

MACKENZIE-JOHNSTON.

103) **Barbier. Ueber eine Art septischer Infection durch den Streptococcus bei der Diphtheritis. (Sur un mode d'infection septique par le streptocoque dans la diphthérie.)** *Société de Biologie. 24. Juni 1893.*

Gewisse Erscheinungsformen der pathologischen Association von Streptokokken und Diphtheriebacillen sind uns bereits bekannt und ebenso die Rolle, welche die ersteren gerade bei den schweren, tödtlichen Fällen von Diphtherie

spielen. Die Angina diphtheritica mit septischen Erscheinungen, Thrombosen etc. sind der gewöhnliche Ausdruck der Streptokokkeninvasion; dabei geben die Schleimhäute der oberen Luftwege die Eintrittspforte und den Hauptsitz der Infection ab.

Macht man bei der Diphtherie unter den Verhältnissen, unter denen sie gewöhnlich stattfindet, die Tracheotomie, so eröffnet man der Infection eine neue Eintrittspforte und nicht selten sieht man von der Halswunde aus neue infectiöse Zufälle ausgehen. Es handelt sich in solchen Fällen besonders um entzündliche Veränderungen in den pericanulären und peritrachealen Geweben; man findet Phlegmonen, Abscesse, Erysipele, in denen bacteriologisch Streptokokken allein oder mit anderen Mikrobien nachweisbar sind. Ebenso begegnet man bisweilen subacuten, ausserordentlich ausgebreiteten Phlegmonen, die den Tod des Patienten herbeiführen können, noch ehe es recht zur Eiterung kommt. Auch aus diesen Herden züchtet man Streptokokken, allein oder neben Staphylokokkus albus oder anderen Entzündungserregern; niemals aber traf der Verf. in derartigen Entzündungen den Diphtheriebacillus.

Die Schuld an diesen Complicationen können die Instrumente oder die Finger des Operateurs tragen oder aber es handelt sich um eine Verunreinigung der Wunde aus der umgebenden Luft, vielleicht auch um Autointoxicationen. Die tracheo-bronchialen Schleimhäute und ihre Secrete, in denen man so häufig den Streptokokkus antrifft, stehen ja im Moment der Operation und an den folgenden Tagen mit der Wunde am Halse in engstem Zusammenhang und die Gefahr einer Infection der Wunde liegt dauernd sehr nahe. MENDEL.

104) **Rosa Engelmann. Einige interessante Punkte an einem Falle von Diphtherie und Scharlach. (Some interesting points in connection with a case of diphtheria and scarlet fever.)** *Archives of Pediatrics. April 1893.*

Pat. war ein Kind von 2 Jahren. Von Interesse waren 1. das ungewöhnliche Vorhergehen der diphtheritischen vor der Scharlach-Infection (3 Tage), das sich bei der zweifellosen Quelle der Ansteckung (Contagium mit der erkrankten Mutter) deutlich berechnen liess. 2. Die Verwandtschaft oder gar die Identität zwischen dem Streptokokkus, der die scarlatinöse Pharyngitis verursacht, und dem Erysipelkokkus (der Vater acquirirte ein Gesichtserysipel ausgehend von einer mit dem Nagel gekratzten kleinen Wunde). 3. Die Möglichkeit, wenn nicht die Wahrscheinlichkeit, dass die Pneumonie, die das Kind am 10. Tage bekam, eine „Schluckpneumonie" war, eine Folge des Gebrauchs von Hydrogenperoxyd, das als Nasen- und Rachenspray applicirt worden war. 4. Die Möglichkeit oder auch Wahrscheinlichkeit, dass die Otitis media des Kindes, deren Hartnäckigkeit jeder Behandlung gegenüber auffiel, diphtheritischen Charakters war.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

105) **A. L. Mason. Diphtheritis und Scharlachfieber im Boston City Hospital. (Diphtheria and scarlet fever at the Boston City Hospital.)** *Bulletin of Harvard Med. School Association. Mai 1893.*

Scharlachdiphtherie: In den letzten Jahren, besonders 1892 und 1893 hat die Zahl der Scharlachfälle, die mit Diphtherie complicirt waren, zugenommen.

1890 gab es 4 solcher Fälle, 1891 bereits 24 und 1892 gar 90 unter im Ganzen 332 Fällen. Von diesen 118 Fällen mit Scharlachangina starben 51. Einige Beobachter halten diese Entzündung des Schlundes nicht für echte Diphtherie, sondern für eine pseudo-membranöse Exsudation, die durch die Anwesenheit von Streptokokken, Staphylokokken und anderen Mikroorganismen charakterisirt sei, aber nur selten den Klebs-Loeffler'schen Diphtheriebacillus beherberge. Die in dem Boston City-Hospital angestellten mikroskopischen und culturellen Untersuchungen ergaben in einer gewissen Anzahl von Fällen das Vorhandensein des Diphtheriebacillus. Nicht selten bestand dann auch eine Kehlkopfstenose und die Intubation wurde nothwendig; auch post-diphtherische Lähmungen kamen in diesen Fällen zur Beobachtung. Mit anderen Worten, in diesen complicirten Fällen ging echte Diphtherie neben dem Scharlach einher. Ein hoher Procentsatz der Mortalität an Sepsis und das Auftreten von Croup weisen auch auf das wahrscheinliche Mitspielen des Diphtheriebacillus hin.

Diphtheritis: Die Mortalität war eine grössere, als die Durchschnittsmortalität in der Stadt; es liess sich dies erwarten bei der besonderen Art der Fälle; mehr als die Hälfte der Todesfälle traten in den ersten vier Tagen nach der Aufnahme ein. Von 759 Fällen aus der Zeit vom Juli 1890 bis Januar 1893 starben 352, d. h. 46 pCt.; 246 benöthigten die Operation wegen Stenose der Athemwege.

Notirt sind auch 113 Fälle von nicht-diphtheritischer Tonsillitis und Laryngitis, ferner 23 „zweifelhafte“ Fälle. Diese wurden innerhalb der Diphtherieabtheilung isolirt; sie kamen alle zur Heilung, ohne dass einer noch Diphtherie acquirirte. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

106) J. M. Hall. **Scharlachfieber und Diphtheritis. (Scarlet fever and diphtheria.)** *Chicago Med. Times. October 1893.*

H. erkennt keine Verwandtschaft zwischen beiden Krankheiten an. Er behandelte in einer früheren Diphtheritisepidemie 80 Fälle, unter den 12 durchaus den Verlauf und das Exanthem zeigten, wie sie für Scharlachfieber als charakteristisch gelten. Drei Jahre später erkrankten 7 von diesen 12 Patienten an Scarlatina. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

107) W. B. Steere. **Differentialdiagnose zwischen Scharlach und Diphtherie. (Differentiation in Scarlet fever and diphtheria.)** *Chicago Med. Times. Octob. 1893.*

St. hält beide Krankheiten für nahe verwandt und glaubt, dass das einzige positive Mittel zur Stellung der Differentialdiagnose in manchen Fällen der Nachweis der Klebs-Loeffler'schen Bacillen ist, die beim Scharlachfieber fehlen.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

108) Romberg (Leipzig). **Bemerkungen über die Beiträge zur pathologischen Anatomie des Diphtherieherzens von Dr. med. B. Hesse.**

109) Hesse (Leipzig). **Entgegnung auf die „Bemerkungen u. s. w.“ von Dr. Ernst Romberg (unter gleichzeitiger Mittheilung eines neuen Versuches zur**

Frage des Herztodes bei der Diphtherie.) *Jahrb. f. Kinderheilkunde. XXXVI. 1893.*

Das Resultat dieser Polemik ist, dass R. der Ansicht ist, dass die Herzschwäche in der späteren Periode der Krankheit durch die von dem Diphtheriegift verursachte interstitielle Myocarditis hervorgerufen werde und dass H. noch weiter auf Thierversuche gestützt den Herztod bei der Diphtherie als eine Folge einer directen Toxinvergiftung des Herzens erklärt (s. d. Centralbl. No. 8 Jahrg. X S. 407).

SEIFERT.

110) . . . **Nervöse Störungen bei Diphtheritis. (Nervous lesions in diphtheria.)** *Lancet. 7. October 1893.*

Die redactionelle Notiz beschäftigt sich mit einigen Experimenten, die Dr. Ascherbach in Strauss' Laboratorium angestellt hat. Der Autor beobachtete nach Impfungen mit Diphtherieculturen bei Ratten und Meerschweinchen Blutungen in den Rückenmarkshäuten und in der grauen Substanz des Rückenmarks, ferner degenerative Processe in den Wurzeln und neuritische Veränderungen an den peripheren Nerven. Aehnliche Veränderungen finden sich auch bei Patienten, die an Diphtherie gestorben sind und es scheinen darnach diese Zustände eine directe Folge der diphtheritischen Infection zu sein.

MACKENZIE-JOHNSTON.

111) **Edgren. Hemiplegie nach Diphtherie. (Hemiplegia following diphtheria.)** *Phil. Med. News. 28. October 1893.*

Der Fall ist mit dem in der Deutsch. Med. Wochenschr. 1893. No. 36. p. 864 beschriebenen identisch.

LEFFERTS.

112) **H. S. Birkett. Anormale Fälle von primärer Nasendiphtherie. (Anomalous cases of primary nasal diphtheria.)** *Montreal Med. Journal. Juni 1893.*

B. berichtet über 2 Fälle, die beide Kinder betrafen, bei denen alle gewöhnlichen Symptome von Diphtherie fehlten, bei denen aber mikroskopisch der Klebs-Loeffler'sche Bacillus nachgewiesen wurde.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

113) **J. de Armand. Membranöser Croup und Diphtherie. (Membraneus croup and diphtheria.)** *Med. Bulletin. October 1893.*

Beide Krankheiten sind nicht identisch, beide aber sind als contagiös anzusehen; öffentliche Leichenbegängnisse sollten nicht gestattet werden.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

114) **J. C. Culbertson. Die Diphtherie und ihre specifische Diagnose. (Diphtheria; its specific diagnosis.)** *N. Y. Med. Journal. 21. Oct. 1893.*

Die Diphtherie hat ein eigenartiges Interesse vor anderen Krankheiten durch ihren besonderen versteckten, gewissermaassen hinterhaltigen Charakter. Die Unsicherheit ihrer Diagnose hat manchen trefflichen Praktiker zu der gefährlichen Gewohnheit geführt, jeden Fall von Halsaffection, sei er einfacher Natur oder bösartig, so zu diagnosticiren und zu behandeln, als handelte es sich um echte Diphtherie. Natürlich kann man mittelst der für die Diphtherie bestimmten

Therapie auch eine Angina curiren; allein einmal ängstigt und alarmirt man ohne Noth die Familie des Kranken, dann stört man das ganze Haus und den Patienten selbst durch die überflüssige Isolirung des letzteren und die Fernhaltung der Familie; schliesslich muss man die Räume, Kleider etc. desinficiren lassen, was auf alle Fälle unangenehm ist und meist doch erheblichen Schaden an Möbeln u. s. w. verursacht. Auf der andern Seite darf jedoch nicht ausser Acht gelassen werden, dass ein einziger Diphtheriefall, der als Tonsillitis angesprochen wird — der Verf. citirt einen solchen Fall — in der Schule oder sonstwo zum Ausbruch einer ganzen Epidemie und damit zu ungezählten Erkrankungs- und Todesfällen Anlass geben kann. LEFFERTS.

115) **F. W. Koehler. Die Verhütung wahrer und falscher Diphtherie. (The prevention of true and false diphtheria.)** *N. Y. Med. Record. 30. September 1893.*

Am Anfang aller Untersuchungen über die Verhütbarkeit der Diphtherie steht natürlich die Frage: können wir dem einzelnen Individuum eine grössere Widerstandsfähigkeit gegen diese Krankheit verschaffen? Diese Frage ist zweifellos zu bejahen; sowohl durch allgemeine, wie durch locale Maassregeln kann man die Resistenzfähigkeit erhöhen, am besten durch eine Combination beider. Wohlbekannt ist, dass der Gesunde und Kräftige weniger zu infectiöser Erkrankung geneigt ist, als der Schwache und Kranke. K. ist weiterhin zur Ueberzeugung gelangt, dass man gegen falsche Diphtherie ebenso strenge Maassregeln ergreifen soll, wie gegen wahre. Die verschiedenen Formen der Pseudodiphtherie sind an sich nicht gefährlich, allein zweifellos ebnen sie der wahren Diphtherie den Weg. Und dann ist eine Combination von wahrer und falscher Diphtherie sehr viel gefährlicher als die erstere allein. Die septischen und pyaemischen Symptome, die man in diesen Mischfällen so oft antrifft, fallen den Streptokokken zur Last und nicht dem Loeffler'schen Bacillus. Demnach ist es fast ebenso wichtig, den Patienten mit echter Diphtherie davor zu schützen, dass er die falsche nicht dazu acquirirt, wie den mit der letzteren Behafteten vor der ersteren zu hüten.

LEFFERTS.

116) **Legroux. Die Behandlung der Diphtheritis. (Traitement de la diphthérie.)** *Société médicale des hôpitaux de Paris. 1893.*

L. bespricht zwei Medicamente in seiner Mittheilung. Das erste ist ein von Dr. G. in Rom für die Behandlung der diphtheritischen Angina empfohlenes, von dem Autor geheim gehaltenes Mittel. L. hat das Mittel probirt, nachdem Dr. G. ihm absulolute Unschädlichkeit desselben garantirt hatte. Die Resultate seiner Versuche sind zwar nicht besonders ungünstige, sie rechtfertigen aber auch nicht die Erwartungen, die man nach G.'s Anpreisungen in das Mittel setzen durfte. Die Gesellschaft ist mit dem Redner darin einig, dass man Geheimmittel in Hospital-Abtheilungen nicht anwenden solle.

Die zweite Versuchsreihe ist mit dem Steresol von Dr. F. Berlioz angestellt, einer alkoholischen Lösung von $^1/_{10}$ Carbolsäure mit Benzoin. Die Resultate, die L. mit diesem Medicament erzielte, waren sehr gute. MENDEL.

117) **J. E. Lockridge. Einige praktische Winke bezüglich der Behandlung der Diphtheritis. (Some practical suggestions in the treatment of diphtheria.)** *Gaillard's Med. Journal. September 1893.*

L. hält noch heute, wie vor 30 Jahren. an dem Gebrauch von Argentum nitricum zur localen Behandlung und an der vorsichtigen Darreichung von Quecksilber als constitutionellem Heilmittel fest. 6 Fälle, die er ganz gleich behandelte — der Hals wurde mit demselben Argentum-Stift geätzt, das Sublimat aus derselben Flasche gegeben und sogar dasselbe Gurgelwasser (sic!) benutzt — kamen durchweg zur Genesung. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

118) **Redactionelle Notiz. Behandlung der Diphtheritis. (Treatment of diphtheria.)** *N. Y. Med. Record. 14. October 1893.*

℞	Acid. carbol. . . .	30,0
	Acid. salicyl. . . .	10,0
	Acid. benzoic. . .	30,0
	Spiritus	120,0

1 Theelöffel voll in $^1/_2$ l kochendem Wasser im Krankenzimmer zu verdampfen. 3 stdl. zu erneuern. LEFFERTS.

119) **C. M. Whitney. Die Intubation des Kehlkopfs in der Privatpraxis; ein Bericht über 78 Fälle. (Intubation of the larynx in private practice; results in 78 cases.)** *Boston Med. and Surg. Journal. 5. October 1893.*

W. sah die Fälle fast alle in consultativer Praxis; bei einigen wurde die Operation früh gemacht, bei den anderen spät. So bieten die Fälle einen guten Durchschnitt dar, sowohl bezüglich ihrer Schwere, als in Bezug auf die Zeit des operativen Eingriffs. Es heilten von den 78 Fällen 26 = 33p Ct. Frühzeitigeres Operiren hätte nach W.'s Ansicht mehr Fälle gerettet.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

120) **Richard J. Stanton. Bericht über 70 Fälle von Intubation. (Report of 70 cases of intubation.)** *N. Y. Med. Record. 25. November 1893.*

In dem langen, aber interessanten Artikel berichtet St. über 70 Fälle, die er intubirt hat. Von den 70 endeten 46 letal, während 24 zur Heilung kamen; d. h. 34,3 pCt. Heilungen. Bis auf 2 Ausnahmen waren alles Krankenhauspatienten. Der Verf. hebt dies hervor, weil der Privatpatient, der in der eigenen Wohnung behandelt wird, nach seiner Ansicht grössere Chancen für die Heilung hat, da er ordentlicher behandelt, besser gepflegt und unter günstigeren hygienischen Bedingungen gehalten wird. Von den 46 Todesfällen waren 14 verursacht durch die Ausbreitung der Membranen auf die Bronchien, 5 durch Sepsis, 4 durch Pneumonie und Asphyxie, 3 durch uraemische Krämpfe und je 2 durch Erschöpfung, Lungenoedem, Nephritis und Bronchitis. LEFFERTS.

121) **J. P. O'Dwyer. Intubation bei Kehlkopfstenose infolge von Diphtherie. (Intubation in laryngeal stenosis caused by diphtheria.)** *American Lancet. December 1893.*

16 Fälle, von denen nur 1 starb. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

122) **R. M. Harbin. Membranöser Croup mit Krankengeschichten von Fällen, die mittelst der Tracheotomie behandelt wurden. (Membranous croup with report of cases treated by tracheotomy.)** *Alabama Med. and Surg. Age. November 1893.*

Die Canüle soll nicht entfernt werden, bis die Sputa ihren eitrigen Charakter verloren haben, was gewöhnlich um den 8. Tag der Fall ist. Ein besonderes Interesse bieten die H.'schen Fälle nicht.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

123) **Scudder. Das Curettement der Trachea zur Beseitigung diphtheritischer Verstopfung (Curetting of the trachea for the relief of diphtheric obstruction.)** *Phil. Med. News. 9. December 1893.*

Sc. berichtet über den Fall eines 4jährigen Knaben, bei dem wegen zunehmender Athembeschwerden die Tracheotomie frühzeitig ausgeführt wurde. Es verlief alles gut, bis 2 Tage nach der Operation die Secrete, die aus der Canüle expectorirt wurden, etwas zäher und spärlicher wurden. Am dritten Tage war das Bild ein sehr ernstes. Die Secretion wurde noch geringer, die Athmung schleunig und mühsam, der kleine Patient cyanotisch und verfallen. Da die gewöhnlichen Mittel alle versagten, nahm Verf. eine stumpfe Curette, die er zufällig zur Hand hatte, fuhr mit derselben in die Wunde ein und bewegte sie sachte bis zur Bifurcation vor, indem er allmählich systematisch und gründlich die ganze Passage auf allen Seiten curettirte. Im Verlauf dieser Operation brachte er Membranstücke, von denen eines ein vollständiger Abguss der Trachea war, aus der Wunde heraus. Die Blutung war nur gering; die Besserung der Dyspnoe war eine sofortige. Danach wurde die Canüle wieder eingelegt; der weitere Verlauf der Reconvalescenz war ein ungestörter. Am folgenden Tage wurde noch etwas von Membran entleert. Das Kind war 2 Jahre später wohl und kräftig.

LEFFERTS.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

124) **Cuvillier. Die Diagnose der Kehlkopfphthise. (Diagnostic de la phthisie laryngée.)** *Concours Medical. 1893.*

C. bespricht die differentialdiagnostischen Momente, durch die wir die Larynxtuberculose in ihrem Anfangsstadium von den einfachen Catarrhen und späterhin von Lähmungen, von Syphilis, Carcinom und Neubildungen zu unterscheiden vermögen.

MENDEL.

125) **C. Compaired** (Madrid). **Zur acuten und subacuten rheumatischen Entzündung des Ring-Giesskannengelenks. (Sobre la artritis crico-aritenoidea aguda y subaguda de naturaleza reumatica.)** *El Siglo médico. 1893. p. 163 und 179.*

Verfasser beschreibt 3 von ihm im Badeort Tiermas (Prov. Zaragoza) behandelte Fälle, begründet seine Diagnose: rheumatische Gelenkentzündung und

empfiehlt für die Behandlung derartiger Fälle innerlich Salicylpräparate und local Cocainlösung in Pinselungen und Verstäubung. GONGÓRA.

126) **Langlor. Kehlkopffractur durch Strangulation. (Fracture du larynx par strangulation.)** *Société Anatomique 1893.*

Der Verf. hatte die gerichtliche Section einer jungen Frau zu machen, die todt im Bois de Boulogne gefunden worden war. Bei dem Fehlen aller äusseren Zeichen dachte man an einen natürlichen Tod, allein die Section ergab eine Fractur des Schildknorpels parallel dessen vorderem Rande. Ausserdem war das Zungenbein in der Gegend des linken grossen Horns fracturirt. Während äusserlich nur ganz leichte Ecchymosen bestanden, constatirte man in der Rachenschleimhaut und am Larynxeingang ziemlich beträchtliche Blutergüsse unter der Schleimhaut. MENDEL.

127) **W. P. Porcher. Ein Beitrag zum Studium der Chorea laryngis. (A contribution to the study of chorea laryngis.)** *Journal Am. Med. Assoc. 18. März 1893.*

P. bespricht zwei Fälle. Der erste betrifft eine Frau von 40 Jahren, die an plötzlichen Anfällen von Glottisschluss litt. Den Anfällen, die mehrere Secunden dauerten, ging ein heftiger Husten voran, der im Winter sich jedesmal verschlimmerte. Stupor oder eine Beeinträchtigung der Sensibilität wurden nach dem Anfall niemals beobachtet. Bei der ersten Untersuchung führte P. der Pat. eine Sonde in den Nasopharynx ein und im Augenblick trat ein solcher Krampf der Glottis ein.

Da die Uvula verlängert war, wurde sie amputirt und danach wurde eine Reihe von Manipulationen im Nasenrachenraum begonnen. Es wurde eine Lösung von Argentum nitricum abwechselnd mit einer Lösung von Jodkali in Glycerin einen Tag um den anderen eingepinselt. Zur Nacht wurde innerlich Codein gegeben; ausserdem wurde noch ein Spray verordnet. Nach 4 Wochen waren die Spasmen beseitigt und die Behandlung wurde ausgesetzt. Man konnte jetzt ruhig den Nasopharynx touchiren, ohne einen Anfall auszulösen.

Die zweite Patientin war 35 Jahre alt und sehr anaemisch; sie wurde durch einen Nasenspray mit einer 4proc. Cocainlösung und Cauterisiren der mittleren Muschel geheilt. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

128) **Jaboulay u. Villard (Lyon). Beziehungen der Recurrensnerven zu den Arteriae thyreoideae infer. (Rapports des nerfs récurrents avec les artères thyroidiennes inférieures.)** *Lyon méd. 12. November 1893.*

In einer ersten Reihe von Fällen haben die Verfasser 4mal folgende Anordnung angetroffen: Rechts liegt der Recurrens vor allen Aesten der Arterie, während linkerseits der Nerv tiefer gelegen ist, hinter den Gefässen.

In einer zweiten zahlreicheren Untersuchungsreihe sahen die Verfasser 10mal den N. laryngeus inferior rechts gerade durch eine arterielle Gabelung hindurchtreten, die durch eine Bifurcation der Art. thyroidea inferior gebildet war, während links der Nerv, wie in der ersten Reihe, hinter den arteriellen Gefässen blieb.

Die 6 letzten Beobachtungen endlich zeigen besondere Verhältnisse, über die im Original nachzulesen ist. LUC.

129) **Neumann** (Pest). **Ueber eine bisher noch nicht beobachtete Bewegung der Stimmbänder bei der Phonation.** Gesellsch. d. Aerzte in Pest am 25. Februar 1893. — *Pester med. chir. Presse. 1893. No. 10.*

N. behauptet, dass das Stimmband sich bei der Stimmbildung nach abwärts bewegt. Er beobachtete es beim Menschen (bei Recurrenslähmung) und beim Hunde (experimentell bei Recurrensdurchschneidung).

Ferner hat N. gefunden, dass die nach Durchschneidung der Vagi und Nn. recurrentes noch bestehenden mit der Athmung rhythmisch erfolgenden Bewegungen der Stimmbänder auf die Thätigkeit der Schlundschnürer zurückzuführen sind, und nicht auf die Mm. cricothyreoidei antici.

Onodi widerspricht dieser Ansicht. CHIARI.

130) **Oltuszewski** (Warschau). **Abriss der Physiologie der Sprache, mit besonderer Berücksichtigung der Laute des polnischen Alphabets.** *Medic.-pädagog. Monatsschr. f. d. ges. Sprachheilk. No. 6 u. 7. 1893.*

Für ein Referat nicht geeignet. SEIFERT.

131) **Gouguenheim. Cursus der Physiologie und Hygiene der Stimme, abgehalten am nationalen Conservatorium für Musik und Declamation im Jahre 1892. (Cours de physiologie et d'hygiène de la voix, professé au Conservatoire national de Musique et de déclamation en 1892.)** *Paris. 1893.*

Der mit den Schülern des Conservatoriums abgehaltene Cursus giebt in ebenso einfacher wie vollständiger Form alles, was dem Sänger in dieser Beziehung zu wissen unerlässlich ist. G. behandelt die Anatomie des Kehlkopfes und der Luftwege, die Resonanzverhältnisse, die Stimmbildung, die Hygiene und schliesslich die Pathologie des Kehlkopfs. MENDEL.

132) **J. W. Park. Die Nothwendigkeit des Unterrichts in der Physiologie der Stimme und systematischer Stimmübung in unseren öffentlichen Schulen zur Verhütung der Erkrankungen des Kehlkopfs. (Necessity of vocal physiology and systematic voice training in our public schools and colleges for the prevention of diseases of the larynx.)** *Journal Americ. Medical Association. 8. Juli 1893.*

P. wendet sich an die ärztlichen Praktiker, die den Eltern die Bedeutung dieser Dinge klarlegen sollen. W. J. SWIFT (LEFFERTS)

133) **L. Broome. Fehler der Stimmbildung. (Faults in voice production.)** *The Medical Week. 1893. p. 486.*

Dem Ref. nicht zugänglich. MACKENZIE-JOHNSTON.

134) **Burghart** (Berlin). **Ueber functionelle Aphonie bei Männern und Simulation der Stimmlosigkeit.** Dissert. Berlin 1893.

Den 30 Fällen von functioneller paralytischer Aphonie bei Männern, welche

B. aus der Literatur zusammenstellen konnte, fügt er die Krankengeschichten von 3 Fällen aus der Gerhardt'schen Klinik bei. Im 1. Fall brachte Sondirung des Kehlkopfes, im 2. Falle Faradisation, im 3. Fall Faradisation und methodische Sprechübungen Heilung. SEIFERT.

135) **Laker** (Graz). **Ein Fall von totaler Aphonie.** *Mittheil. d. Vereins d. Aerzte in Steiermark. 1893. p. 16.*

Bei einem 30jährigen Mann war die totale Aphonie bedingt durch Granulations-Wucherungen, welche die wahren Stimmbänder und deren nächste Umgebung bedeckten. Diagnose unklar. Ausschaben der Granulationen mit dem scharfen Löffel, nachher endolaryngeale Massage. Heilung. SEIFERT.

136) **Treitel** (Berlin). **Ueber Aphasie im Kindesalter.** *Sammlung klin. Vorträge. No. 64. 1893.*

Nach einigen einleitenden Bemerkungen über die Entwickelung der Sprache beim Kinde und die Zusammenstellung der Literatur über angeborene Aphonie bringt Tr. eine Reihe von eigenen Beobachtungen. Unter seinen Fällen waren 4 Knaben (5 und 8 Jahre), in welchen es sich um angeborene Aphonie handelte, während es sich in 2 weiteren Fällen eigentlich um das sogenannte späte Sprechenlernen handelte. Er weist darauf hin, dass in differential-diagnostischer Beziehung hauptsächlich der Idiotismus und die Taubstummheit in Frage kommen. In Bezug auf die Behandlung hält Tr. nicht für nützlich, Lauttabellen von bestimmter Reihenfolge aufzustellen, vielmehr knüpfe man an das an, was zufällig oder absichtlich dem Kinde gelungen ist und gehe nicht zu schnell vorwärts. Zum Schluss wird die erworbene Aphonie besprochen. SEIFERT.

137) **J. Wyllie** (Edinburgh). **Die Aphasie in ihrer Beziehung zu den organischen Erkrankungen des Gehirns. (Aphasia in relation to organic disease of the brain.)** *Edinburgh Med. Journal. December 1893.*

Eine Fortsetzung der bereits referirten Arbeiten W.'s über die Sprache und ihre Störungen. P. MC BRIDE.

138) **Küchler** (Prag). **Ein Fall von Wiedererlangung der Sprache nach neun Jahre alter Aphasie.** *Prager med. Wochenschr. 1893. No. 42, 43 u. 44.*

K. besserte ihn durch methodischen Sprachunterricht, so dass er nach 6 Wochen schon 100 Worte besass, während er vorher nur mama und tata sprechen konnte; obwohl er die Buchstaben richtig schrieb, konnte er nur wenige Worte schreiben. Das musikalische und mathematische Ausdrucksvermögen, sowie die Intelligenz waren gut erhalten. Details dieser interessanten Arbeit sind im Originale nachzulesen. CHIARI.

139) **Ch. Feré** (Paris). **Ueber die Störungen der Motilität der Organe der Stimme und der Articulation bei Taubstummen. (Les troubles de la motilité des organes de la voix et de l'articulation chez les sourds-muets.)** *Revue neurolog. 1893. p. 208.*

Vergleichungsweise hat F. die Widerstandsstärke (résistance), sowie die

Reactionsdauer (Temps de réaction) der Zunge und der Lippen bei unterrichteten und bei nicht unterrichteten Taubstummen mittelst eines dynamometrischen Apparats gemessen und ist zu dem Schlusse gekommen, dass beide Momente bei ersteren grösser sind, als bei letzteren. LUC.

140) **A. Onodi** (Budapest). **Untersuchungen zur Lehre von den Kehlkopflähmungen.** *Berliner klin. Wochenschr. 1893. No. 27—33.*

Aus der sehr eingehenden Schilderung sei hervorgehoben, dass O., der im Allgemeinen auf dem Standpunkt steht, dass der Recurrens alle Muskeln mit Ausnahme des vom äusseren Ast des Laryngeus sup. versorgten Cricothyreoideus innervirt, ausser der schon bekannten Verbindung des Recurrens mit dem Ram. intern. laryng. super. in der Ansa Galeni, mehrfach — 4 paarige, 3 unpaare — Verbindungen zwischen diesen Nerven festgestellt hat, die er in Zeichnungen illustrirt. Aus Experimenten am Hunde schliesst O., dass in dem Grenzstrang des Sympathicus zwischen unterstem Hals- und oberstem Brustganglion, sowie in den Rami communic. zwischen Plex. brachialis und Sympathicus Fasern verlaufen, welche an der Innervation der Kehlkopfmuskulatur Theil nehmen. Diese Fasern verlieren nach dem Tode ihre Leitungsfähigkeit früher, als die des Recurrens. Die Exner'sche Lehre wird abgelehnt, ebenso die Jelenffy'schen Hypothesen über die Wirkung des Posticus. Es ist O. gelungen, am lebenden Thier den Recurrens in 3—4 Zweige zu spalten und diese einzeln zu reizen, wie Risien Russell. In Bezug auf die Wirkung des Cricothyreoideus hat O. festgestellt, dass er das Stimmband zur Medianlinie bringt. Zum Schluss erörtert O. die Frage, wie sich die experimentell hervorgerufene Medianstellung der Stimmbänder zu den Folgerungen aus der Pathologie stelle. O. fand, dass Recurrensdurchschneidungen bei geöffneter Trachea keine Medianstellung bewirke, wohl aber bei unberührten Luftwegen. Er erklärt dieselbe aus der Wirkung der Cricothyreoidei plus Wirkung des Luftdrucks. Durchschnitt er auch die Cricothyreoidei, so blieb die Medianstellung aus. In der bekannten Streitfrage ob Posticuslähmung oder Adductorencontractur stellt sich O. auf die Seite Semon's. Von der neuerdings von Krause behaupteten Existenz centripetaler Fasern im Recurrens konnte er sich nicht überzeugen. LANDGRAF.

141) **Newton Pitt** (London). **Appendix zu der Arbeit über Pseudo-Bulbärparalyse mit Obductionsbefund.** *Transactions of the Clinical Society of London. Vol. XXVI. 1893.*

Der Zusatz zu Pitt's Arbeit betrifft den ungemein interessanten Fall, welcher im letzten Jahrgang des Centralblatts auf p. 276 et seq. berichtet worden ist.

Der Patient erlag am 25. Juni, d. h. etwa einen Monat, nachdem der Ref. ihn laryngoscopirt hatte, seinem Nierenleiden. Wie erwartet, wurden in beiden Hemisphären bei der Autopsie Erweichungsheerde im Nucleus lenticularis, und zwar rechterseits in seinem hinteren und inneren Theile, gefunden, welche sich in die Mitte des hinteren Theiles der Capsula interna erstreckten, während linkerseits der Heerd die Mitte des hinteren Theils der Capsula interna einnahm, und

ebenfalls sich nach unten in den hinteren Theil des Nucleus lenticularis erstreckte. Pons und Medulla erwiesen sich bei mikroskopischer Untersuchung als vollständig normal, und nirgendswo war absteigende Degeneration vorhanden.

In seinen Schlussbemerkungen bespricht Pitt speciell die Beziehungen seines Falls zu den Semon-Horsley'schen Experimenten, und bedauert noch einmal, dass es unmöglich gewesen sei, in den früheren Stadien des Falls eine laryngoscopische Untersuchung vorzunehmen. Trotz dieser unzweifelhaften Lücke sieht er in seinem Falle eine völlige Bestätigung der von dem Referenten und Mr. Horsley ausgesprochenen Ansichten über cerebrale Kehlkopflähmungen.

SEMON.

142) **Papinio (Udine). Typhöse Larynxlähmung. (Paralisi laringea da ileotifo.)** *Riv. ven. di sc. med. 1893. H. III.*

Ein gut beobachteter und beschriebener Fall von posttyphöser Abductorenlähmung. Die Lähmung blieb trotz der angewandten Mittel unverändert, ohne aber einen solchen Grad zu erreichen, dass die Tracheotomie nothwendig geworden wäre. A. TOTI.

143) **Burger. Lähmung des M. crico-arytaenoideus. (Paralysie du crico-aryténoidien.)** *Revue de laryngologie. No. 7. 1893.*

Eine Uebersetzung aus dem Deutschen nach der von B. in der Volkmann'schen Sammlung (1892 No. 57) veröffentlichten Arbeit. E. J. MOURE.

144) **Alb. Martin. Sensationen von Fremdkörpern im Rachen und Kehlkopf, unterdrückt durch Cocain. (Sensations de corps étranger du pharynx et du larynx supprimés par la cocaine.)** *Bullet. et memoir. d. l. soc. de laryngol. et d'otol. d. Paris. No. 2. Februar 1893.*

Verf. hat öfters beobachtet, dass Leute, die mit der Klage über einen Fremdkörper im Halse zu ihm kamen, nach einer Cocainpinselung die Sensationen verloren; er giebt einige einschlägige Krankengeschichten. E. J. MOURE.

145) **Seifert. Fremdkörper des Kehlkopfs. (Corps étrangers du larynx.)** *Revue de laryngologie. No. 1. 1893.*

In S.'s Falle war ein dreieckiges Knochenstückchen zwischen den Stimmbändern eingeklemmt; es wurde mit der Zange unter Leitung des Spiegels extrahirt. E. J. MOURE.

146) **Moure. Ein Stück Glas im Kehlkopf. (Un morceau de verre dans le larynx.)** *Revue de laryngologie. Februar 1893.*

Es handelte sich um eine Frau, die seit mehr als einem Monat im hinteren Theil des Kehlkopfes ein Stück Glas trug von dreieckiger Gestalt, die Seite des Dreiecks über 2 cm gross. E. J. MOURE.

147) **A. Berthoud. Blutegel im Kehlkopf. (Sangsue du larynx.)** *Arch. de méd. et pharm. milit. 1893. p. 329.*

Nichts Neues. LUC.

148) **Bonan. Fremdkörper des Kehlkopfs. (Corps étranger du larynx.)** *Lyon méd. 1893. 657—662.*

Dem Ref. nicht zugänglich. LUC.

149) **Sokolowski. Eine Kugel im Kehlkopf. (Une balle dans le larynx.)** *Arch. intern. de Laryngologie. Paris. 1893.*

Ein Mann von 47 Jahren erhielt eine Kugel in den Hals; das Geschoss erreichte den Larynx, indem es die linke Hälfte des Schildknorpels etwa in der Mitte durchbohrte. Am selben Tage noch wurde die Kugel in einem Hustenanfall ausgeworfen. Drei Tage nachher wurde eine laryngoscopische Untersuchung angestellt, die folgendes ergab. Der linke Aryknorpel, das linke Lig. ary-epiglotticum und die hintere Kehlkopfwand waren geschwollen, roth und bei der Respiration unbeweglich; das linke Taschenband congestionirt und verdickt, desgleichen das linke Stimmband, das eine Ulceration zeigt. Der Kranke ist sehr heiser. Die Kugel hatte also den Ringknorpel nicht durchbohrt und war, wie dies meistens der Fall ist, nicht in die Wirbelsäule eingedrungen. Der Werth und Nutzen der laryngoscopischen Untersuchung liegt auf der Hand: sie bestimmte die Prognose. Die Kugel war thatsächlich ausgehustet, die Verletzungen heilten und der Mann bekam seine Stimme wieder. MENDEL.

150) **A. Sokolowski. Eine Kugel im Kehlkopf. (Kula w krtani.)** *Przeglad chirurgiczny. Bd. 1. Heft 11.*

Ist bereits im Archives intern. de Laryngologie etc. (1893 No. 7) unter dem Titel „une balle dans le larynx“ publicirt worden. T. HERYNG.

151) **J. N. Fitzgerald (Melbourne). Zwei Fälle von Durchschneidung des Halses, behandelt mittelst der Tracheotomie und sofortiger Naht. (Two cases of cut throat treated by tracheotomy and immediate suture.)** *Lancet. 8. Juli 1893.*

Die beiden Fälle sind sehr instructive Beispiele für die moderne Behandlung der Halswunden. Im ersten Falle war der Schildknorpel gerade unterhalb der Stimmbänder durchtrennt. Im zweiten Falle war die Membrana thyro-hyoidea durchschnitten und die Epiglottis vollständig vom Schildknorpel getrennt. Der erste Fall wurde 1882, der andere 10 Jahre später behandelt. In beiden wurde die Tracheotomie erforderlich und es wurde sofort vernäht, beide Fälle befinden sich wohl. MACKENZIE-JOHNSTON.

152) **Orick. Quere Halswunde mit Verletzung der Luftröhre; Naht und Heilung. (Plaie transverse du cou interessant la trachée. Suture. Guérison.)** *Revue de laryngologie. No. 24. 1893.*

Es handelt sich um einen 57jährigen Mann, der sich mit einem Rasirmesser die Luftröhre quer eröffnet hatte. Die beiden Enden wurden aneinander genäht und schon nach wenigen Tagen war der Pat. geheilt. E. J. MOURE.

153) **S. G. Dabney. Klinische Mittheilungen aus dem Gebiet der Laryngologie. (Clinical Reports in Laryngology.)** *Phil. Med. News. 6. Mai 1893.*

D. theilt 3 Fälle mit; einen Fall von Husten und Erstickungsanfällen in

Folge von Vergrösserung der Zungentonsille; der zweite ein Retropharyngealabscess mit Mandelschwellung und schliesslich — der interessanteste der drei Fälle — ein „Tumor des Larynx aus einer vermeidlichen Ursache". Der betr. Patient hatte die Stimme verloren, hustete aber nicht, hatte keine Spur von Schmerz und keine Athembeschwerden. Der etwa 35jährige Mann hatte eine Narbe am Halse gerade unter dem Schildknorpel. Er gab Folgendes an: Vor etwa 2 Monaten sei er im Zustand der Trunkenheit in einen Streit gerathen und hätte dabei die Wunde bekommen. Ein Arzt habe dieselbe vernäht, sie sei auch leicht geheilt, doch besässe er seither nicht mehr seine volle Stimme und seit einigen Wochen könne er überhaupt nur noch flüstern. Bei der laryngoskopischen Untersuchung fand man den oberen Theil des Kehlkopfes normal, unterhalb der Stimmbänder aber, beim Phoniren etwas zwischen dieselben vorgedrängt, sass eine rothe Masse von Kleinkirschengrösse. Dieselbe entsprang von der vorderen Wand und entsprach der Lage der äusseren Narbe. Ihre Oberfläche war rauh und blutete beim Berühren mit der Sonde leicht. Nachdem der Pat. an die Instrumente gewöhnt war, entfernte ihm D., natürlich unter Cocain, ein erhebliches Stück der beschriebenen Masse mittelst der Zange; in demselben fand er ein etwa 1 Zoll langes Stück eines Fadens. Zweifellos hatte die Naht die Wucherung aus Granulationsgewebe verursacht; nach der Abtragung derselben verschwand der Rest bald von selbst und die Stimme kehrte vollständig wieder.

LEFFERTS.

154) **Castelain** (Lille). **Die Prognose der Tracheotomie. (Pronostic raisonné de la tracheotomie.)** *Bull. méd. du Nord. 7. Juli 1893.*

Nichts Neues.

LUC.

155) **T. H. Manley. Chirurgische Massnahmen zur Beseitigung von Stenosen der oberen Luftwege. (Surgical measures of relief in stenosis of the upper air-passages.)** *Med. and Surg. Reporter. 25. Februar 1893.*

M. erläutert die Technik der „Tracheotomie nach der Réclus-Dawsonschen Methode". Reclus publicirte seine Arbeit über die Cocain-Analgesie in der Gazette Hebdominaire im Mai 1890 und W. W. Dawson seine Mittheilung über „Blutlose Tracheotomien" im Journal der American Med. Association am 13. Juli 1892.

In ihrer Combination fordern beide Methoden ausser strenger Antisepsis noch Folgendes: eine Subcutaninjection einer 1 proc. Cocainlösung zur Analgesirung; ein Herzstimulans und ein styptisches oder hämostatisches Mittel; bei infectiöser und acuter-entzündlicher Verstopfung keine Canüle, sondern Auseinanderhalten der Trachealwunde durch zwei Fäden.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

156) **Hofmokl** (Wien). **Ueber die chirurgische Nachbehandlung bei Laryngo- und Tracheotomie.** *Centralblatt f. d. gesammte Therapie. Wien. 1893. p 385 bis 395 und 449—458.*

Zunächst bringt H. Allgemeines über die Nachbehandlung: Er bespricht die Wahl der Canüle, den ersten Canülenwechsel, eventuelle Nachblutungen

(solche aus der Art. anonyma oder abnorm verlaufenden Art. thyreoideae) sind fast immer tödtlich.

Dann spricht H. von der Tracheotomie wegen Diphtherie; fleissige Zerstäubung von Wasser oder mässige Dampfentwicklung genügt zur Feuchthaltung der Luft. Die Ausführungen über Decanulement, Polypenbildung, über absteigenden Croup etc. sind sehr sachgemäss.

Endlich werden die Tracheotomien wegen Phlegmone colli, Vergiftungen, Neoplasma laryngis, Struma oder Aneurysma kurz besprochen. CHIARI.

157) **J. Mount Bleyer. Bestimmung eines verlorenen Intubationsrohrs mittelst des elektrischen Suchers. (A case shewing how a lost intubation tube was positively located by means of an electrical searcher.)** *N. Y. Med. Record. 16. December 1893.*

Verf. giebt einen kurzen Bericht von einem Falle, in dem die Intubationsröhre durch einen unglücklichen Zufall in den Larynx oder tiefer in die Luftwege hinabgeglitten war und, nachdem alle anderen Mittel vergeblich versucht worden waren, mit dem electrischen Sucher glücklich bestimmt wurde. Die Röhre lag etwas unterhalb der Glottis. Die Athmung war nicht behindert und der Verf. war eine Zeit lang zweifelhaft, was aus der Röhre geworden sei. Da die Röhre von Metall war, dachte Verf. alsbald an den electrischen Sucher.

Gebrauchsanweisung für den electrischen Sucher. Man hält das Instrument nach Art einer Feder in der rechten Hand; mit der linken fixirt man die Haut über der Trachea und sticht dann die Nadel zwischen zwei Knorpelringen in die Luftröhre ein. Es können mehrere Probeeinstiche nöthig werden, bis man auf das Hinderniss trifft.

Bei dem vom Verf. mitgetheilten Falle ertönte das Glockensignal bei der zweiten Punction. Direct unter dieser Stelle wurde sofort die Tracheotomie gemacht; man fand die Röhre genau an der erwarteten Stelle und konnte sie leicht entfernen.

Der Verf. hat auch eine Sonde construiren lassen, die aus einem biegsamen Catheter mit Metallspitze und -Seiten besteht und sich zum Aufsuchen metallischer Fremdkörper vom Munde aus eignet.

Der Arbeit ist ein Holzschnitt beigegeben, der den Apparat besser als Worte erläutert. LEFFERTS.

158) **B. Fränkel** (Berlin). **Die Demonstration des laryngoskopischen Bildes.** *Therapeut. Monatsh. 1893. December.*

Der gewöhnliche Kehlkopfspiegel ist nicht gerade, sondern unter einem stumpfen Winkel an dem 15 cm langen Handgriff angebracht und steht etwas schräg zur Richtung desselben; und zwar so, dass die spiegelnde Fläche nach der anderen Seite sieht, als die, der die führende Hand angehört.

Der zweite Beobachter schiebt seinen Kopf zwischen den Reflector des Untersuchers und den Mund des Pat. und sieht nun, nachdem er seine Sehaxe der des ersteren ganz nahe gebracht hat, das laryngoskopische Bild.

A. ROSENBERG.

159) **Moritz** (Manchester). **Ein selbsthaltendes Laryngoskop. (A self retaining laryngoskope.)** *Brit. Med. Journ. 18. November 1893.*

Demonstration des Instrumentes in der Manchester Medical Society.

MACKENZIE-JOHNSTON.

160) **G. Killian** (Freiburg i. Br.). **Ein zerlegbarer und sterilisirbarer Kehlkopfspiegel.** *Therap. Monatsh. 1893. December.*

Der Spiegel besteht aus einem $^3/_4$ mm dicken Spiegelglase mit verkupfertem Belag. Die Fassung des Spiegels besteht aus einem tiefgepfalztem federndem Ringe, dessen eines Ende in den Stiel übergeht, während das andere einen schlanken Fortsatz besitzt, der dem Stiel genau aufgepasst wird. Durch Vorschieben einer Hülse wird dieser Fortsatz festgehalten. — Dieser Spiegel kann ohne Schaden in 1—2 proc. Sodalösung ausgekocht werden und ist sehr dauerhaft. Zu haben bei F. L. Fischer, Freiburg. A. ROSENBERG.

161) **Heryng. Rotirende Doppelcurette für endolaryngeale Operationen. (Double curette rotatine pour les operations endolaryngées.)** *Annales des maladies de l'oreille et du larynx. No. 11. 1893.*

H. giebt eine Abbildung und Beschreibung von einer Modification, die er an der Krause'schen Doppelcurette angebracht hat und die es möglich macht, die Position der Curette zu ändern, ohne sie aus ihrer verticalen Stellung zu bewegen. Zur Operation in den hinteren Partien des Kehlkopfs eignet sich die modificirte Curette besonders. E. J. MOURE.

162) **Lichtwitz** (Bordeaux). **Instrumente für die Entfernung der Kehlkopfneubildungen des Kindes mittelst der Methode der Intubation mit gefensterter Tube.** *Deutsche med. Wochenschr. 1893. No. 43.*

L. giebt weitere Verbesserungen seiner Instrumente an, Curette, Kehlkopfkörbchen mit schneidendem Rande. LANDGRAF.

163) **Short. Geschwür in der Luftröhre. (Ulcer of the trachea.)** *Birmingham Med. Rev. Mai 1893.*

Demonstration des Präparates in der Birmingham Branch der B. M. A. Das Ulcus nahm das ganze untere Drittel der Luftröhre ein und sah aus, als ob es durch einen Fremdkörper verursacht war. MACKENZIE-JOHNSTON.

164) **J. A. Thompson. Spontane Ruptur der Trachea. (Spontaneous rupture of the trachea.)** *Lancet-Clinic. 4. März 1893.*

Der Unfall ist derselben Patientin dreimal begegnet. In jedem Winter seit drei Jahren hat sie sich stark erkältet, und jedesmal bekam sie bei einem heftigen Hustenstoss schwere Schmerzen an der rechten Seite des Halses $^1/_2$ Zoll unterhalb des unteren Randes des Ringknorpels; gleichzeitig erschienen jedesmal die Weichtheile an dieser Stelle emporgehoben. Unmittelbar nach dem Schmerzanfall wurde etwas Blut expectorirt und die Gewebe wurden emphysematös. Bei der zweiten Attacke erstreckte sich die Geschwulst um den Hals rings herum und es

kam durch den Druck auf die Trachea zu erheblicher Dyspnoe. Die Schleimhaut der oberen Luftwege war allgemein entzündet wie bei acuter Bronchitis.

Die Therapie bestand in Opiaten, Ruhelage und Application eines Druckkissens an der prominentesten Partie der Schwellung.

Eine mögliche Ursache der Ruptur ist eine trockene Pharyngitis, an der die Pat. leidet, möglich, dass durch denselben atrophisirenden Process die Trachealschleimhaut geschwächt ist.

Es sind zwei ähnliche Fälle in der Literatur berichtet, der eine von Gross, dessen Patient gegen die durch den Druck eines Aneurysma's verursachte Dyspnoe anzukämpfen suchte; der zweite von einem deutschen Autor betrifft ein Kind mit Bronchitis. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

165) **Heinrich Scheuer. Ueber Trachealtumoren.** Dissert. München. 1893.

Ausgehend von einem auf der chirurgischen Klinik beobachteten vom Referenten laryngoskopisch diagnosticirten Falle von Adenom, das breit der Hinterwand der Trachea in der Höhe des 6.—8. Trachealringes ansass und das nach Vornahme der tiefen Tracheotomie entfernt worden war, wendet sich der Verf. in seiner äusserst fleissigen und lesenswerthen Arbeit zur Symptomatologie, Diagnostik und Therapie der Trachealtumoren. Den Schluss bildet die eingehende histologische Schilderung der überhaupt in der Luftröhre vorkommenden Geschwülste und eine Zusammenstellung der in der Literatur bisher beschriebenen wahren Trachealtumoren. SCHECH.

166) **Geffrier. Bronchialdrüsenerkrankung beim Neugeborenen. (Adénopathie bronchique chez les nouveau-nés.)** *Revue de thérap. medico-chir. 1893. No. 2. p. 52.*

Verf. hat 5 Fälle von Bronchialdrüsenerkrankung nach der Geburt beobachtet und schildert die Symptome dieses Leidens folgendermaassen: Die Athmung ist hörbar, besonders die Inspiration; das Kind keucht und dieses keuchende Geräusch nimmt zu, sobald es sich bewegt, im Schlaf kann dies Geräusch verschwinden, doch ist dies nur in leichteren Fällen der Fall; in schwereren dauert es auch im Schlaf fort und das Kind wacht des öfteren auf in echten Erstickungsanfällen, ganz wie bei Laryngitis stridulosa, nur dass der Husten weniger rauh und weniger klangvoll ist. Man beobachtet sub- und suprasternal eine Einziehung. Diese Anfälle treten in ganz gleicher Weise ein, sobald das Kind erschreckt oder gereizt wird und zu schreien anfängt. Das Schreien und der Husten ähneln dem bei retropharyngealen Abscessen.

Die Ursache dieser Anfälle liegt in dem Vorhandensein entzündlicher Veränderungen an der Bronchialschleimhaut; es spielt aber nicht bloss die Verringerung des Calibers des Bronchialrohrs in der Gegend der erkrankten Drüsen mit, sondern auch die Reizung der Recurrensnerven hat ihren Antheil an dem Anfall.

Das Allgemeinbefinden der Kinder scheint wenig zu leiden; manche erbrechen des Morgens beim Husten, wobei einige Klümpchen einer festen mucopurulenten Masse entleert werden.

Die Prognose des Leidens ist nicht ernst, aber seine Dauer kann sich über mehrere Monate erstrecken und bei geringen Erkältungen kommt es leicht zu Rückfällen.

Physikalisch ist die Drüsenanschwellung öfters nicht nachweisbar. Der negative Befund bei Untersuchung des Halses aber wird den Gedanken an eine Angina oder einen Retropharyngealabscess zurückdrängen. Der Croup hat einen anderen Klang der Stimme und des Hustens, welche beide bei der Adenopathia bronchialis nicht umschleiert und klanglos sind. Durch die Eigenheiten des Schreis und des Hustens ist auch die Differentialdiagnose von der Laryngitis gravis gegeben.

G. hält diese Drüsenerkrankungen nicht für tuberculös; er nimmt eine richtige subacute Adenitis an, die sich unter dem Einflusse einer bronchotrachealen Reizung entwickelt. In einem seiner Fälle erschien ihm das Drüsenleiden congenital und syphilitischen Ursprungs.

Jodkali 5—15 cg täglich scheint G. am wirksamsten, dazu noch leichte Ableitungen mittelst kleiner Vesicatoren, die an der Stelle der deutlichsten Dämpfung aufzulegen sind. Schliesslich kann man gegen den Husten und die Glottiskrämpfe noch etwas Belladonna-Syrup und ein wenig Bromkali geben.

CARTAZ.

f. Schilddrüse.

167) **Wagner. Cretinismus.** *Mittheilungen des Vereins der Aerzte in Steiermark. Graz. 1893. 87—101.*

Nicht zugänglich.

CHIARI.

168) **W. Lunn** (London). **Cretinismus mit Schilddrüsenextract behandelt. (Cretinism treated by thyreid extract.)** *British Medical Journal. December 9. 1893.*

Demonstration einer 26jährigen Cretine vor der Medical Society of London am 27. November 1893, deren Intellect nach mehrmonatlicher Behandlung mit Schildrüsenextract bedeutend gewonnen hatte, und bei der auch die Katamenien eingetreten waren, während sie früher vollständig amenorrhoisch gewesen war.

SEMON.

169) **Rehn** (Frankfurt a. M.). **Ueber die Myxoedemform des Kindesalters und die Erfolge ihrer Behandlung mit der innerlichen Darreichung von Schilddrüsenextract (vom Hammel).** XII. Congr. f. innere Medicin. 1893.

R. stellt 2 Kinder von 4 und 7 Jahren (aus verschiedenen Familien) vor, welche — bei Fehlen einer Schilddrüse — das Symptomenbild des „Sporadic cretinism“ in ausgesprochener Weise zeigten und nach etwa 8 wöchentlicher innerlicher Behandlung mit Schilddrüsenglycerinextract nach jeder Richtung eine auffällige Besserung darboten.

SEIFERT.

170) **D. T. Davison. Myxoedem. (Myxoedema.)** *An. d. Circ. med. argent. Buenos-Ayres. 1893. p. 209.*

Nicht zugänglich. G. SENTINON.

171) **R. A. Lundie** (Edinburgh). **Die Behandlung des Myxoedems. (The treatment of myxoedema.)** *Edinburgh Med. Journal. August 1893.*

Ausser dem Bericht über einen mit Schilddrüsen-Injectionen und -Verfütterung erfolgreich behandelten Fall giebt Verf. eine sehr sorgfältige Literaturzusammenstellung. P. MC BRIDE.

172) **F. W. D'Evelyn. Myxoedem. (Myxoedema)** *Pacific Medical Journal. August 1893.*

Die Patientin erhielt Schilddrüsenextract per os; der ausführlich beschriebene Fall bietet nichts Besonderes. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

173) **H. C. Marr** (Lenzie). **Ein Fall von Myxoedem mit Geisteskrankheit, behandelt mittelst Schilddrüsen-Verfütterung und Injectionen von Schilddrüsenextract. (A case of myxoedema with insanity treated by thyroid feeding and thyroid extract.)** *Glasgow Med. Journal. August 1893.*

Der geistige wie der körperliche Zustand des Pat. besserte sich unter der Behandlung. P. MC BRIDE.

174) **J. J. Putnam** (Boston). **Fälle von Myxoedem und Akromegalie erfolgreich mittelst Schafsschilddrüse behandelt. Neue Beobachtungen über die Pathologie der nach Schilddrüsenerkrankung eintretenden Cachexien. Klinische Verwandtschaft zwischen Basedow'scher Krankheit und Akromegalie. (Cases of myxoedema and acromegalia treated with benefit by sheep's thyroids. Recent observations respecting the pathology of the cachexias following disease of the thyroid; clinical relationships of Graves' disease and acromegalia.)** *American Journ. of Med. Scienc. August 1893.*

Verf. beschreibt 2 Fälle, in denen nach Darreichung von Schilddrüsen als frisches Extract und in Pulverform, erhebliche Besserung eintrat. Auch ein Fall von Akromegalie wurde bedeutend gebessert. Der Rest der Arbeit, der eine sehr sorgsame Uebersicht über den heutigen Stand unseres Wissens auf diesem Gebiete giebt, ist im Original einzusehen. P. MC BRIDE.

175) **W. C. Krauss. Ein Fall von Myxoedem. (A case of myxoedema.)** *Journ. of Nervous and Mental Diseases. October 1893.*

In K.'s Falle trat nach Darreichung von Eisen eine Besserung ein; Schilddrüsenextract hatte nichts geholfen. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

176) **Hopmann. Operatives Myxoedem schwerer Art von ungewöhnlich langer Dauer.** *Deutsche med. Wochenschr. 1893. No. 51.*

H. giebt die frühere Krankengeschichte des von ihm operirten Falles, welcher später von Leichtenstern erfolgreich mit Schilddrüseninjection und -Fütterung behandelt ist. LANDGRAF.

177) **William M. Ord u. Edmund White (London). Der Urin in Fällen von Myxoedem, die mit Schilddrüsenextract behandelt worden sind.** *British Med. Journal. December 9. 1893.*

Der Gegenstand dieses am 24. November 1893 vor der Clinical Society of London gehaltenen Vortrags liegt den engeren Interessen der Laryngologie ziemlich fern, und muss von Interessenten im Original studirt werden. SEMON.

g. Oesophagus.

178) **Wm. Pepper. Krampfhafte und organische Oesophagusstrictur: Zwei Krankengeschichten. (Spasmodic and organic stricture of the esophagus: A report of two cases.)** *Phil. Med. News. 25. November 1893.*

Der erste Fall ist sehr interessant. P. schreibt: „Der plötzliche Beginn des Leidens, die Anamnese, das neurotische Wesen des Pat., dessen dramatischer Ton und ganze Art sofort an Hysterie denken liessen, die Art, wie er sich anstrengte zu schlucken, alles das liess uns den Verdacht fassen, dass es sich um eine rein spasmodische Strictur handeln könne und legte uns die Hoffnung nahe, den Mann zu heilen, trotz seiner extremen Magerkeit und trotz der anderen Zeichen, die für eine ernstere organische Erkrankung sprachen.“

Am Morgen nach seiner Aufnahme wurde der Pat. unter möglichst vielen Formalitäten dem klinischen Auditorium vorgestellt und dabei zum ersten Male der Versuch gemacht, eine Schlundsonde einzuführen. Es wurde ihm mit einer gewissen Feierlichkeit vorhergesagt, dass selbst wenn keine organische Strictur bestände, doch eine häufige Wiederholung des Eingriffes nöthig werden würde, ehe die Fähigkeit zu schlucken wiederkehre. Das Resultat war, dass man trotz erheblicher Schmerzen und Schwierigkeiten seitens des Patienten sofort mit der weitesten Sonde bis in den Magen gelangte. Damit war jeder Zweifel behoben; denn selbst wenn nur eine leichte organische Verengerung bestand, hätte man eine Sonde von diesem Caliber nicht durchgebracht. Ein paar Stunden lang nach diesem Eingriff klagte der Patient über Schmerzen in der Brust und Unmöglichkeit zu schlucken. Er wurde mit dem galvanischen Strom, ein Pol hinten am Hals, der andere vorn, behandelt und erhielt gleichzeitig Chloral in peptonisirter Milch per rectum. Zwei Stunden später forderte er ein Glas Milch, das er ohne jede Schwierigkeit austrank. Auch in der folgenden Nacht und ein paar Tage danach ass und trank er alle Art von Speisen ohne eine Spur von dysphagischen Erscheinungen. Er erholte sich dabei ausserordentlich rasch. Sein Aussehen wurde gesunder; er nahm in einer einzigen Woche 17 Pfund zu. Er wurde bald als geheilt entlassen und ist bisher 7 Monate lang ohne Recidiv geblieben.

Der zweite Fall ist ein Carcinom des Oesophagus. LEFFERTS.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) J. Gouguenheim et J. Glover. Atlas de Laryngologie et de Rhinologie. Paris. Masson.

Der Atlas von Gouguenheim und Glover enthält auf 37 theilweise colorirten Tafeln 246 Abbildungen und ausserdem 47 Figuren im Text. Die Abbildungen sind fast ausschliesslich von Glover gezeichnet. Sie machen seinem künstlerischen Vermögen alle Ehre, erledigen aber doch nicht völlig zu Gunsten des Arztes die Frage, ob bei derartigen Abbildungen nicht auch eine Arbeitstheilung stattfinden und ein Künstler in Anspruch genommen werden soll. Der Arzt weiss und sieht, worauf es ankommt, er ist aber gewöhnlich nicht durch tägliche Uebung so wie ein Künstler, damit vertraut, Licht und Schatten in der Zeichnung zur Anschauung zu bringen und die Gesetze der Perspective anzuwenden. So kommt es, dass man die Abbildungen, die ein Arzt gemacht hat, zuweilen länger betrachten muss, bevor man die wesentlichen Punkte erkennt. Trotzdem die überwiegende Mehrzahl der Figuren des Gouguenheim-Glover-schen Atlas in jeder Art ausgezeichnet ist, finden sich einige wenige darunter, bei welchen vorstehende Betrachtungen sich uns aufdrängen, wenn auch selbst bei diesen schliesslich der Zweck, zu welchem sie gegeben werden, durchaus erreicht wird.

Der Atlas zerfällt in vier Abschnitte. Der erste ist der topographischen Anatomie gewidmet und zwar ausschliesslich der Nase und ihrer Nebenhöhlen. Der zweite Abschnitt giebt die laryngoskopisch-rhinoskopische Technik und die Krankheiten der oberen Luftwege, der dritte ist der pathologischen Anatomie gewidmet und der vierte stellt die operative Medicin dar. Den Figuren sind zweierlei Erklärungen beigegeben, einmal eine solche, welche die einzelne Figur mit ihren Zeichen und Buchstaben kurz erläutert. Diese ist in französischer und englischer Sprache verfasst. Letztere Sprache ist deshalb zugegeben, weil der Atlas ursprünglich in Nordamerika erscheinen sollte. Die zweite Erklärung giebt im Zusammenhange die vier Abtheilungen wieder; ist ausschliesslich in französischer Sprache abgefasst und stellt ein sehr brauchbares Lehrbuch der Laryngologie und Rhinologie dar.

Trotz der zahlreichen Lehrbücher und Atlasse über unsere Specialdisciplin, welche die neuere Zeit gefördert hat, wird der Gouguenheim-Glover'sche Atlas sicher ein grosses und dankbares Publikum finden, denn er nimmt eine besondere Stellung ein. Der Specialist wird sicher manche Belehrung in ihm finden und sich freuen, aus dem Atlas es leicht ersehen zu können, wie man in Paris laryngoskopirt, rhinoskopirt und operirt. Der Hauptzweck des Atlas ist jedoch augenscheinlich der, dem Studirenden das Selbststudium unserer Wissenschaft zu erleichtern und dem Arzt ein stummer Consulent in der Praxis zu sein, und diesen Zweck erfüllt der Atlas in ausgezeichneter Weise. Die

gewählten Krankheitsbilder stellen nicht einzelne seltene Fälle dar, sondern sind Typen derselben, wie sie eine lange Erfahrung aus einem grossen Material zweckmässig auszuwählen vermag und wie sie die betreffenden Krankheitsbilder am besten kennzeichnen. Was die Auswahl der Abbildungen anlangt, so verdient der Atlas in jeder Weise unseren vollen Beifall.

Es ist nicht gut thunlich, bei Gelegenheit dieser Besprechung auf Einzelnheiten einzugehen, ich kann mir aber nicht versagen, als besonders gelungen unter Anderem die Darstellung der Syphilis hervorzuheben (Tafel 14, 15, 16, 17). Auch ist die Darstellung des Gesichtsausdrucks bei Nasenstenosen in Folge adenoider Vegetationen (Tafel 9) ganz ausgezeichnet. Ich hebe diese Tafeln hervor, weil sie in der That jedes Lob verdienen. Von hervorragendem Interesse ist auch die Darstellung der operativen Technik. Diesen Theil wird auch der erfahrenste Specialist mit Vortheil benutzen können, weil die Operationsverfahren, so wie sie von Gouguenheim geübt werden, uns in ausgezeichnetster Weise vor Augen gestellt werden. Auch die Laryngofissur und die Larynxexstirpation, sowie die Eröffnung der verschiedenen Nebenhöhlen werden durch Abbildungen klargestellt.

Die Ausstattung des Atlasses, der in Folioformat erschienen ist, ist eine ausgezeichnete und der Preis (50 francs) im Verhältniss zu dem, was geboten wird, so niedrig, dass ich nicht umhin kann, diesen Umstand besonders hervorzuheben. Alles in Allem kann man dem Gouguenheim-Glover'schen Atlas ein sehr gutes Prognosticum stellen; er wird eine weite Verbreitung finden und vielen Aerzten ein erfahrener Berather und ein guter Lehrer sein, der ihnen — was man den Lebenden häufig nicht nachrühmen kann — immer dasselbe freundliche Gesicht entgegenbringt. B. Fränkel.

---

b) Carl Zarniko (Hamburg). **Die Krankheiten der Nase, ihrer Nebenhöhlen und des Nasenrachenraums**, mit besonderer Berücksichtigung der rhinologischen Propädeutik für praktische Aerzte und Studirende. Mit 132 Abbildungen. Verlag von S. Karger. Berlin. 1893.

Z., der eine Reihe von Jahren unter der bewährten Leitung Hartmann's an dessen Poliklinik als Assistent fungirte, hat sich dadurch die Berechtigung erworben, ein Lehrbuch der Nasenkrankheiten zu schreiben. Man sieht es auf jeder Seite fast, dass der Verf. das reiche Material der früheren Hartmann-schen Anstalt mit Sorgfalt und grossem Fleiss beobachtet und mit ruhiger Kritik und vorurtheilslos verarbeitet hat.

Mit ganz besonderer Liebe hat er den ersten Theil — Propädeutik — bearbeitet; und wie man anerkennen muss, ist ihm derselbe in ausgezeichneter Weise gelungen. Er stellt sich dabei immer auf den Standpunkt des mit der Materie nicht vertrauten Arztes; die Darstellung ist klar und entbehrt nicht der Originalität. Der Ausdruck ist so präcise, dass man es dem Verf. anmerkt, dass er gewohnt ist, zu unterrichten.

Die „anatomischen und physiologischen Vorbemerkungen" sind in ansprechender Weise gegeben und berücksichtigen alles Wissenswerthe; ebenso sind die allgemeine Pathologie, Symptomatologie, Diagnostik und Therapie so geschrieben, dass der Leser, der diesen allgemeinen Theil durchgearbeitet hat, keine Schwierigkeiten mehr für das Verständniss des speciellen Theils findet. In diesem sind die Krankheitsbilder scharf gezeichnet; die Diagnose wird gut entwickelt. Was die Therapie betrifft, so ist dieselbe manchmal etwas zu kurz gekommen. Wenigstens wünscht wohl der Specialist, der das Buch liest, zuweilen etwas mehr zu erfahren; andererseits ist dasselbe für Anfänger geschrieben, und der Verf. hat nicht Unrecht, wenn er meint, dass „es für den Anfänger besser ist, sich eine erprobte Methode sicher anzueignen, als zwischen zehn zweifelhaften hin- und herzutaumeln". Gerade das Hervortreten der Subjectivität des Verf. verleiht dem Buche einen besonderen Reiz, während andererseits derselbe Umstand dazu beiträgt, dass man nicht immer derselben Meinung mit ihm zu sein braucht. Es muss aber anerkannt werden, dass die Ansichten anderer Autoren in objectiver Weise berücksichtigt worden sind.

Der zweite Theil behandelt „die Krankheiten der Nasenhöhle", die „der Nebenhöhlen" und schliesslich die „des Nasenrachenraumes"; — es wäre wohl besser, letzteren Ausdruck endlich einmal aus der rhinologischen Nomenclatur zu eliminiren und nur von „Nasenrachen" zu sprechen. — Ref. vermisst in diesem Schlussabschnitt die acute infectiöse Entzündung der Rachentonsille, die, ähnlich wie die Angina lacunaris, garnicht so sehr selten für sich allein auftritt.

Eine Reihe z. Th. ausgezeichneter Abbildungen von Präparaten der schönen Hartmann'schen Sammlung, sowie vom Verf. angefertigter mikroskopischer Bilder erleichtern dem Anfänger das Verständniss des Textes.

Kurz, das Zarniko'sche Buch ist dem mit der Rhinologie nicht vertrauten Arzt und Studenten bestens zu empfehlen, und auch der Specialist wird dasselbe mit grossem Interesse lesen. A. Rosenberg.

---

c) Bericht über die erste Sitzung des „Vereins süddeutscher Laryngologen".

Heidelberg, 14. Mai 1894.

Einer in den letzten Wochen des April auf Anregung des Herrn Professor Jurasz (Heidelberg) erfolgten Einladung an die Vertreter der laryngo-rhinologischen Specialität Süddeutschlands folgend, hatten sich am Pfingstmontag d. J. zahlreiche Collegen zu Heidelberg in der Klinik des Herrn Prof. Jurasz zusammengefunden.

Nach einer einführenden Begrüssungsrede des Einladenden wurde einstimmig die Bildung eines Vereins süddeutscher Laryngologen beschlossen. Ihren Beitritt haben vorerst 49 Herren erklärt. Nach kurzer Discussion erfolgte die Annahme der vorgeschlagenen Statuten in wenig veränderter Form. Zum Vorsitzenden der Gesellschaft wurde Herr Prof. Moritz Schmidt (Frankfurt), zum

stellvertretenden Vorsitzenden Herr Prof. Jurass (Heidelberg), zu Schriftführern Herr Docent Dr. Seifert (Würzburg) und Herr Dr. Werner (Heidelberg), zum Schatzmeister Herr Dr. Neugass (Mannheim) durch Zuruf gewählt.

Wissenschaftlicher Theil.

Vorsitzender: Moritz Schmidt.

1. Seifert (Würzburg): Ueber acute Rhinitis (pathologische Anatomie mit Demonstrationen).

Redner verweist auf die wenigen bekannten Untersuchungen über die histologischen Veränderungen bei Rhinitis acuta und giebt das Ergebniss von Untersuchungen, welche er an ganz frischem, dem Lebenden entnommenen Material angestellt hat.

Am Epithel liessen sich nur geringe Veränderungen nachweisen. Die Flimmern fehlten, an einzelnen Stellen auch die obersten Schichten. Eine schleimige Degeneration der Epithelien sei nicht nachweisbar. Auffällig sei die starke zellige Infiltration der submucösen Schicht und die reichliche Durchwanderung von Leukocyten durch das Epithel, dessen unterste Zelllagen an einzelnen Stellen von den Leukocyten ganz verdeckt seien. An der Drüsenschicht seien ausser einer erheblichen zelligen Infiltration tiefergreifende Veränderungen nicht zu finden gewesen.

Bei Färbungen mit dem Ehrlich'schen Triacid habe es sich gezeigt, dass ein Theil der im subepithelialen Gewebe und der das Epithel durchdringenden Leukocyten den eosinophilen Zellen angehörten, und dass einzelne Zellen eigenthümliche Degenerationsprocesse aufwiesen.

Ueber die Bedeutung der eosinophilen Zellen sei er trotz langer Untersuchungen nicht zu einem sicheren Ergebniss gekommen. Sie fänden sich bei den verschiedentlichsten acut und chronisch entzündeten Processen der Schleimhäute.

Ueber jene Degenerationsprocesse habe er eine Reihe Untersuchungen angestellt. Es handle sich um die sogenannten Russel'schen Fuchsinkörperchen, glänzende rothe Kügelchen, ähnlich denen, wie sie Touton bei Hautsarkomatose nachgewiesen habe. Es handle sich seiner Meinung nach nicht um dem Carcinom oder Sarkom eigenthümliche Zellformen, auch dürften sie nicht als Protozoen zu betrachten sein, wohl aber seien es Degenerationsprocesse von Bindegewebsstellen, wie sie in allen möglichen Arten von Geweben vorkämen.

Discussion: Eine Frage Eulenstein's, ob der Redner neue Untersuchungen über fibrinöse Rhinitis gemacht habe, verneint derselbe.

2. Pröbsting (Wiesbaden): Ueber die Entwickelung von Nasenschleimpolypen in Folge von Nebenhöhleneiterung.

P. spricht über die verschiedenen Anschauungen, welche über den Causalnexus zwischen Schleimpolypen und Nebenhöhlenerkrankungen bestehen. Er neigt der Ansicht zu, dass die Polypenbildung meist secundär sei; besonders recidivirende Polypen, zumal am Hiatus semilunaris seien pathognomonisch für

Eiterungen der Nebenhöhlen. Zum Beweis führt Vortragender einen Fall an von traumatischem Empyem der Stirnhöhle mit secundärer Polypenbildung, der mit der Genauigkeit des geglückten Experimentes seine Ansicht beweise. Eine Lehrerin hatte ein Trauma an der Nasenwurzel erlitten, das von heftigem Nasenbluten und Verstopfung gefolgt war; nach einem halben Jahre ärztliche Consultation wegen Stirnkopfweh, wobei keine Polypen gefunden wurden; nach einem weiteren halben Jahre konnte Pröbsting Schleimpolypen der rechten Nase constatiren. Nach einigen Recidiven Diagnose auf Stirnhöhlen- resp. Siebbeinempyem. Eröffnung derselben von aussen.

Empyem der vorderen Siebbeinzellen gefunden. Nach chirurgischer Behandlung desselben sei ein Polypenrecidiv bisher noch nicht aufgetreten.

3. Maximilian Bresgen (Frankfurt a. M.): Ueber die Eiterungen der Nase und ihrer Nebenhöhlen.

Redner verweist auf seinen nächstens in der Münchener med. Wochenschrift erscheinenden Vortrag über dieses Thema, da er hier nur die nothwendigsten Punkte berühren könne.

Chronische Naseneiterungen beruhten seiner Ansicht nach fast immer auf Herderkrankungen. Als Ursache der Eiterungen sei einmal eine Infection von Aussen entweder bei der Geburt oder durch unsaubere Finger, Taschentücher etc. oder aber eine Infection auf dem Blutwege bei Masern, Scharlach, Influenza, Rhinitis etc. anzunehmen. Als ein Hauptsymptom sei der Kopfschmerz hervorzuheben, welcher eine Druckerscheinung sei. Bei der Diagnose der Herdeiterung sei die Untersuchung mit der watteumwickelten Sonde von grossem Vortheil; die Durchleuchtung der Nebenhöhlen und entsprechende Kopflagerung habe nur bedingungsweise Werth. Ausser in den Nebenhöhlen und Nasengängen könnten auch Herdeiterungen in dem vor der mittleren Muschel gelegenen dachförmigen Spalt vorkommen. Seltener habe er Knochenerkrankungen bei Eiterungen gefunden. Zur Behandlung empfehle er möglichste Freilegung des Eiterherdes. Nach Eröffnung der Nebenhöhlen oder der erkrankten Stelle applicire er Hexaäthylviolett, an einer leicht erwärmten Sonde angeschmolzen, wodurch die Eiterung bald günstig beeinflusst werde. Die eingeführte Sonde müsse kurze Zeit liegen bleiben, bis der Farbstoff sich von ihr löse. Wiederholungen seien erst nach 3—6 Tagen nothwendig. Nasenausspülungen könnten fast immer entbehrt werden. Er habe die schönsten Erfolge von dieser Therapie gesehen.

4. Betz (Mainz) theilt einen Fall mit von Fremdkörper in der Keilbeinhöhle.

Bei einem Officier, wegen Rhinitis foetida in Behandlung, wurde die Diagnose auf Empyem des linken Antrum sphenoidale gestellt. Nach Eröffnung der Höhle wurde ein 2 cm langer Strohhalm in ihr gefunden. Extraction. Heilung. Muthmasslich war der Halm beim Reiten durch das Keilbeinostium eingedrungen, da Patient sich erinnert vor einiger Zeit während eines scharfen Rittes von einem starken Niesskrampf befallen worden zu sein.

5. Bauer (Nürnberg) berichtet über einen Fall von traumatischem Empyem der Highmorshöhle bei einem 3jährigen Kinde.

Einige Tage nach einem Fall Anschwellung der rechten Highmorshöhlengegend; blutigeitriger Ausfluss aus der rechten Nasenhöhle, später Fluctuation über der Fossa canina. Eröffnung der Höhle vom unteren Nasengange aus, Tamponade. Nachlass der entzündlichen Erscheinungen. Heilung.

Discussion zu Vortrag 2—5.

Eulenstein (Wiesbaden) hält die Probepunction mit dem Krause'schen Trocart wegen dessen Grösse für bedenklich und empfiehlt die kleine Punctionsspritze für diesen Zweck.

Fischenich (Wiesbaden) zweifelt die beweisende Kraft des Pröbsting-schen Falles an. Das Empyem könne auch secundärer Natur sein. Er wolle nicht bestreiten, dass allerdings in vielen Fällen ein Siebbeinzellenempyem das Primäre, Polypen das Secundäre seien.

Kahsnitz (Karlsruhe) kann nicht zugeben, dass bei Polypenrecidiven immer Nebenhöhleneiterung bestehen müsse. Verdächtig sei es, wenn die Polypen an den Ostien ihren Standort hätten. Dann sei Sondirung und eventuell sofort Ausspülung nöthig. Er demonstrirt die von ihm hierzu benutzten Platinspritzen. Recidivirende Polypen kämen auch vor bei Caries ohne Eiterung.

Avellis (Frankfurt) glaubt nicht, dass Polypenbildung eine Nebenhöhleneiterung hervorrufen könne. Durch Luftabschluss komme ähnlich wie bei Tubenverstopfung, nur eine Einziehung der Wände, nie ein Empyem zu Stande. Umgekehrt lehre die Gonorrhoe, dass die Eiterung primär sei, secundär die spitzen Condylome entständen.

Bresgen (Frankfurt) meint, dass Polypenrecidive seltener wären, wenn sie gründlich operirt würden. Bei Knochenerkrankungen seien es meist mehr Granulationen als Polypen. In dieser Frage müssten noch genaue Beobachtungen angestellt werden, ältere Fälle könnten nicht verwerthet werden, welche nicht auf die in Rede stehenden Punkte untersucht worden seien.

Pröbsting replicirt, dass für ihn der Causalnexus zwischen Trauma, Empyem und Polypenbildung in dem von ihm angeführten Falle feststände.

6. Jurasz (Heidelberg) stellt einen Fall von Xerostomia vor und berichtet über einen anderen Fall derselben Krankheit, der sich ebenfalls bei ihm in ambulanter Behandlung befindet. Bei beiden Patienten sei eigenthümlich und höchst bemerkenswerth eine Erkrankung der Parotiden. Diese seien verhärtet und schienen wie chronisch entzündet (cirrhotisch) zu sein.

7. M. Schmidt (Frankfurt) demonstrirt die von ihm in letzter Zeit benutzten Instrumente zur Entfernung der Verbiegungen und Missbildungen der Nasenscheidewand (confer.: Spiess, Archiv für Laryngologie. Heft III).

Es sind Trephinen, ähnlich den am Schädel gebrauchten, und Sägen, welche durch einen Elektromotor getrieben werden. Dieser müsse möglichst häufige Umdrehungen machen, um so kleiner sei dann der Schmerz für die Pa-

tienten. Der von ihm benutzte mache 3600 Umdrehungen. Der ganze Apparat koste bei Braunschweig in Frankfurt 120 Mark.

Demonstration der Operation an einem Kranken der Heidelberger Klinik. Nach kräftiger Cocainisirung lege er ein Speculum mit ungleichen Armen zum Schutze der unteren Muschel ein. Dann bohre er 1—2 Bohrcanäle durch die Deviation, dazwischen stehenbleibende Leisten entferne er mittels der runden Feile oder der Säge; Perforationen scheue er nicht. Der Kranke versichere, wenig von der Operation empfunden zu haben. Nach der Operation bestäube er die Wunde mit Dermatol oder Jodoform.

Discussion:

Breegen glaubt mit seinem Nasenmeissel Verkrümmungen ebenso gut beseitigen zu können. Perforationen halte er nicht für gleichgiltig, weil sie lange Blutungen und Krustenbildung verursachten.

Fischenich (Wiesbaden) vermeidet wegen der Blutungen wenn möglich die Meisselungen und begnügt sich mit der von Schmidt empfohlenen Elektrolyse, von der er gute Erfolge gesehen habe. Er habe einmal bei einem von Schmidt operirten Falle eine spät auftretende Blutung erlebt, die nur durch Tamponade der ganzen Nase zu stillen war.

Schmidt hat nur selten secundäre Blutungen gesehen, eventuell müsse man mit Gaze tamponiren.

8. Rosenfeld (Stuttgart): Ueber Operation der Nase bei Blutern.

Vortragender berichtet über eine Operation, welche er bei einer Hämophilen gemacht hat und über die unangenehmen Erfahrungen im Verlaufe derselben. Es handelte sich um eine Patientin mit Schleimpolypen der Nase, welche mit der Glühschlinge entfernt wurden. Anfangs geringe Blutung, die auf Tamponade nicht stand. Hierauf erneute gründliche Ausstopfung der ganzen Nasenhöhle mit Watte und Jodoformgaze. Fortdauernde Blutung, welche trotz Tamponade von hinten mit dem Bellocq'schen Röhrchen nicht stand. Erst nach einigen Stunden, als Zeichen acuter Anämie sich einstellten, konnte Redner Herr der Blutung werden, indem er die Polypenstümpfe mit dem Galvanocauter verschorfte. Es stellte sich nachträglich heraus, dass die Patientin einer Bluterfamilie angehörte; die Grossmutter war an Verblutung gestorben, die Mutter hatte bei jeder Gelegenheit stark unter Blutungen zu leiden und sie selbst litt an profusen Menstruationen etc.

Seit diesem Vorkommniss glaubt Rosenfeld Hämophilie als Contraindication bei Operationen der Nase und des Kehlkopfes betrachten zu sollen. Bemerkenswerth sei, dass in diesem Falle alles im Stich gelassen habe bis auf den rothglühenden Galvanocauter.

Discussion:

Eulenstein erwähnt im Anschluss an den vorgetragenen Fall eine Blutung, die er bei der Entfernung eines Fibroangioms der Nase beobachtete.

Kollmann (Badenweiler) empfiehlt für Blutungen des knorpeligen Sep-

tums und der vorderen Partien der unteren resp. mittleren Muschel die Compression von aussen, die er mit einer federnden Klammer ausführt.

Fischenich betont die enormen Blutungen bei Lebercirrhose.

Weil (Stuttgart) sah ebenfalls solche Blutungen; ausserdem hat er ebenfalls nach einer kleineren Operation einen Hämophilen verloren.

Rosenfeld unterscheidet diese Stauungsblutungen von den bei Hämophilen durch die Gefährlichkeit der letzteren; er wünscht eine solche keinem seiner Collegen.

9. Siebenmann (Basel): Demonstration von normal anatomischen Präparaten.

Vortragender zeigt eine Anzahl von Rachen-, Nasen- und Kehlkopfpräparaten, die nach der Semper-Riehm'schen Methode gefertigt sind. Diese Trockenpräparate haben den Vortheil, dass sie bequemer zu demonstriren und reinlicher anzufassen sind als Weingeistpräparate. Dann zeigt S. zwei Metallausgüsse der Nasenhöhle mit ihren Nebenhöhlen. Dazu benutzt wurde das Wood'sche Metall. Die Präparate geben vorzüglich Aufschluss über das complicirte pneumatische Höhlensystem der Nase und über die gegenseitige Lage und den Zusammenhang der einzelnen Räume.

10. Helbing (Nürnberg) empfiehlt nochmals die von ihm früher angegebene Behandlungsmethode der Pharyngitis phlegmonosa mittelst Crotonöl. Allerdings nütze es nur, wenn es beim ersten Schmerz sofort eingerieben würde. Am 2. Tage schon sei nichts mehr zu erwarten. Das Oel müsse frisch, hellgelb sein, um Ekzeme zu vermeiden.

Discussion:

Seifert und Schmidt haben vom Crotonöl keine Erfolge gesehen.

Faber ebenfalls nicht, dagegen von energischen äusseren Einpinselungen von Tinct. Jodi.

Bauer ist für Bekämpfung der Recidive durch Verödung der Eingangspforten der Infection.

Kahsnitz ist der Ansicht, man müsse die Tonsillitis phlegmonosa local antiseptisch behandeln. Er zeigt die von ihm hierfür benutzte Platinspritze.

Bresgen stimmt mit Bauer überein, und betont noch, dass man bei häufigen Rückfällen auf Eiterungen in Nase und Nasenrachen zu forschen habe.

Sacki hat besonders in einem Falle eine prompte Wirkung von Crotonöl gesehen.

11. Helbing (Nürnberg) empfiehlt ferner einen von der Firma Schuckert (Nürnberg) construirten Apparat zum Anschluss an elektrische Stromcentralen. Hauptvortheil des Apparates sei der, dass man gleichzeitig und unabhängig von einander elektrisiren, beleuchten und galvanokauterisiren könne. Auch sei jeder Motor für Trephine, Säge, Meissel damit zu treiben. Demonstration der Photographie des Apparates.

12. Bauer (Nürnberg): Ein Fall von Oesophagustuberkulose mit Vorzeigen des Objectes und mikroskopischen Demonstrationen.

Es handelte sich um einen 38jähr. Patienten mit fortschreitender Lungenphthise, der wiederholt Haemoptoe gehabt hatte. Im Verlaufe traten Schluckbeschwerden auf, die heftige Schmerzen verursachten. Die Halsorgane erwiesen sich bei der Spiegeluntersuchung als gesund. Bei der Sondirung des Oesophagus stiess man, 22 cm von der Zahnreihe entfernt, auf ein Hinderniss, welches die Sonde nicht überwand und erst nach Cocainisirung mit dem Schlundstösser passirt werden konnte. Es wurde eine Stenose des Oesophagus in der Höhe des Ringknorpels diagnosticirt. Wenn auch der Verdacht, dass dieselbe tuberculöser Natur wäre, in diesem Falle sehr nahe lag, so wurde doch in Rücksicht auf die Seltenheit einer solchen Affection mehr an Carcinom gedacht; Lues war ganz auszuschliessen. Einige Wochen später starb Pat. Die Section ergab die Richtigkeit der Diagnose in Bezug auf das Vorhandensein und den Sitz des Geschwürs; makroskopisch machte dasselbe durchaus carcinomatösen Eindruck. Mikroskopisch erwies es sich als tuberculös; zahlreiche Tuberkel und stellenweis massenhafte Bacillen wurden gefunden. Bezüglich der Entstehung ist anzunehmen, dass eine Infection durch verschlucktes Sputum stattgefunden hat.

13. Pröbsting (Wiesbaden): Demonstration eines Präparates von Larynxsarkom.

Redner demonstrirte das durch Partialexstirpation des Kehlkopfes gewonnene Präparat eines aus dem linken Sinus Morgagni hervorgehenden Sarkoms, sowie mikroskopische Präparate desselben. Dasselbe entstammt einer 52jähr. Patientin. Entwicklung des Tumors langsam seit $^3/_4$ Jahren. Intralaryngeale Probeexcision hatte den Erfolg, dass der Verdacht auf Carcinom fallen gelassen werden konnte und die Diagnose auf Rundzellensarkom gestellt wurde. Resectio laryngis (Dr. Kramer). Glatter Wundverlauf bis jetzt.

P. weist auf die grosse Seltenheit primärer Larynxsarkome hin und auf die Eigenthümlichkeit des Tumors in diesem Falle, dass besondere Härte und Blutreichthum fehlten.

14. Kahsnitz (Karlsruhe): Demonstration von Instrumenten.

Wegen vorgerückter Zeit musste hier die Zahl der Vorträge abgebrochen werden.

Als nächster Versammlungsort wurde einstimmig Heidelberg wieder vorgeschlagen; als Tag der Pfingstdienstag gewählt, um den Otologen die Möglichkeit des Besuches zu bieten.

Nach Schluss der Sitzung (2 Uhr) begann der gesellige Theil der Versammlung, für welchen Heidelberg und seine herrliche Umgebung wie geschaffen war. Spät Abends trennte man sich mit den besten Hoffnungen für den jungen Verein und dem Wunsche, im nächsten Jahre ausser den süddeutschen Collegen auch recht viele andere in Heidelberg begrüssen zu können.

H. Werner (Heidelberg),
ständiger Schriftführer.

d) British Laryngological and Rhinological Association.

London, Sitzung vom 8. December 1893.

(Journal of Laryngology, Februar 1894.)

Vorsitzender: Dr. John Mac Intyre.

Woakes stellte 4 Patienten mit „nekrotisirender Ethmoiditis“ vor.

Mc Neill Whistler demonstrirte einen Fall von „chronischer Erkrankung des Kehlkopfs von 18jähriger Dauer.“

Lennox Browne berichtete über einen Fall von „paroxysmalem Niesen“. Die Paroxysmen begannen im 3. Monat der Schwangerschaft und dauerten nach der Geburt fort. Adenoide Vegetationen, hypertrophische Rhinitis, varicöse Venen und Hypertrophie der Zungentonsille wurde bei der Pat. festgestellt und nacheinander behandelt.

J. Marsh (Birmingham) zeigte ein Knochenstückchen, das $^7/_8$ und $^3/_4$ Zoll maass; dasselbe war mittelst Laryngotomie aus dem Kehlkopf eines 33jährigen Mannes entfernt worden.

Der Fall gab zu einer Discussion Anlass, an der Browne, Whistler, Smyly, Stoker, Collier u. A. theilnahmen. Der Streit drehte sich besonders um die Frage, ob man eine derartige Operation, ohne vorher die Tracheotomie gemacht zu haben, vornehmen solle oder nicht.

Mayo Collier demonstrirte die Photographie eines Mannes, der durch hypertrophische Vorgänge an der Nase und der Stirn ausserordentlich entstellt wurde.

Ferner berichtete Mayo Collier über einen Fall von „Pseudo-Strictur des Oesophagus bei Leberkrebs“.

George Stoker demonstrirte eine grosse Geschwulst, die aus dem Nasenrachenraum und der linken Nasenseite entfernt worden war. Dieselbe erwies sich bei der mikroskopischen Untersuchung als ein Fibrom. Die Abtragung hatte mit der kalten Schlinge stattgefunden, ein Blutverlust war kaum dabei constatirt worden.

Der Vorsitzende erörterte in seiner Ansprache die Aetiologie der Nasen- und Halskrankheiten mit besonderer Berücksichtigung ihrer Behandlung und ihrer Classification.

Wyatt Wingrave eröffnete eine besondere Discussion über die pathologischen und klinischen Eigenthümlichkeiten der atrophischen Rhinitis, in der er seine persönlichen Erfahrungen und Untersuchungen an 60 Fällen vortrug.

Woakes, Lodge, Collier, Brown und Marsh ergriffen ausser ihm das Wort.

Mackenzie-Johnston.

III. Briefkasten.

Larynxpapillome bei Kindern.

Mit einer Arbeit über die Behandlung der multiplen Larynxpapillome bei Kindern beschäftigt, richte ich an alle Herren Collegen, die einschlägige Erfahrungen besitzen, die herzliche Bitte, mir kurz ihre Resultate der verschiedenen Behandlungsmethoden mitzutheilen, damit ich sie zur statistischen Bearbeitung verwerthen kann.

Im Voraus bestens dankend

Berlin N.W., 18. 6. 94. Dr. Rosenberg.

Mittelstrasse 55.

[Der Plan, die wichtige Frage durch eine Sammelforschung ihrer Lösung näher zu bringen, sei allen Collegen wärmstens zur Unterstützung empfohlen. Red.]

Nachtrag zu dem Bericht über die laryngologische Section des XI. Internationalen Medicinischen Congresses.

Im Einklang mit dem in der letzten Mainummer gegebenen Versprechen (Centralblatt X, pp. 541, 542) erfüllen wir gern den Wunsch des Herrn Collegen Hopmann hinsichtlich folgender Berichtigungen resp. Ergänzungen:

1. Dr. Hopmann hat sich in der Discussion über Kehlkopftuberkulose ausdrücklich gegen die Unterstellung verwahrt, als wolle er durch Anführung seines einen Falles die Laryngotomie hier besonders empfehlen, für welche doch bei Tuberkulose nur in seltenen Fällen eine besondere Indication vorliege. Er citirte seinen in den Jahren 1876 und 1877 zweimal mit Laryngofissur und gründlicher Ausrottung des Erkrankten behandelten Fall von Kehlkopftuberkulose bei einem noch heute amtirenden Geistlichen nur, weil derselbe den besten Beweis für die Möglichkeit einer auf diesem Wege zu erzielenden Dauerheilung liefert, und fügte hinzu, dass heutzutage bei der Anwendung des Cocains und der Vervollkommnung der Curettage letzteres Verfahren fast ausschliesslich und häufig mit gutem Erfolge von ihm geübt werde

2. Am letzten Sitzungstage des Congresses hat Dr. Hopmann einen Vortrag über „Gipsabgüsse des Nasenrachenraums und der Choanen“ gehalten, der in unserem Bericht leider nicht erwähnt worden ist In diesem Vortrage empfiehlt Herr Hopmann die seiner Beschreibung nach nicht schwierige Anfertigung von Gipsabgüssen zur Demonstration von Asymmetrien und Verengerungen der Choanen. Diese Abgüsse dienen zur Ergänzung der klinischen und pathologisch-anatomischen Untersuchung, sowie zur Controle vorgenommener chirurgischer Massregeln. Der Vortragende demonstrirte eine Anzahl von Modellen und erklärte die Technik des Vorgehens.

Red.

Gedruckt bei L. Schumacher in Berlin.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XI. Berlin, October. 1894. No. 4.

I. Literarische Ethik.

Die diesmalige Nummer des Centralblattes bringt an verschiedenen Stellen (vergl. pp. 185—188 u. 208) Verweise auf einen kürzlich vorgekommenen Bruch der Grundregeln literarischer Ethik. Der fragliche Fall: Grobe Entstellung der klaren und unzweideutigen Angaben anderer Autoren, um auf diese Entstellung hin in einem Lehrbuch die Leser irrezuführen — ist so flagranter Natur, dass er eines Commentars nicht bedarf. Ausserdem haben die Herausgeber der „Lancet", des „Glasgow Medical Journal" und des „New York Medical Journal", deren Unparteilichkeit von niemanden angezweifelt werden wird, ihr Urtheil über diesen Fall so rückhaltslos abgegeben (vergl pp. 185—188 dieser Nummer), dass von einer weiteren Besprechung abgesehen werden kann. Aber wenn auch — glücklicherweise — eine so unverzeihliche Verletzung der elementarsten Principien einfacher Ehrlichkeit, wie die in diesem Fall vorliegende, eine ganz ausnahmsweise ist, so kommen grössere und kleinere Verstösse gegen schriftstellerische Moral in unserer Literatur leider häufiger vor, als man auf wissenschaftlichem Gebiete erwarten sollte, und wir nehmen daher die gegenwärtige Gelegenheit zum Anlass, die wichtige Frage der Benutzung der Literatur für argumentative Zwecke etwas ausführlicher zu erörtern.

Theoretisch und praktisch liegt diese Frage so einfach wie nur möglich. Es steht jedem Schriftsteller selbstverständlich frei, eine im Druck vorliegende Angabe für die Zwecke seiner eigenen Arbeit zu verwerthen, — mag er dieselbe zur Bestätigung seiner eigenen Ansichten heranziehen oder sie bekämpfen — immer vorausgesetzt jedoch, 1. dass er den Sinn der ursprünglichen Angabe getreulich wiedergiebt, 2. dass er bei einer etwaigen Meinungsdifferenz zwischen ihm und einem Autor, dessen Ansichten er bekämpft, nichts von den Angaben desselben verschweigt, was seinen eigenen Behauptungen schaden könnte, 3. dass er nicht einen einzelnen Satz aus einem Zusammenhange reisst, in welchem derselbe in ganz anderer Beleuchtung erscheint als wenn er isolirt citirt wird, und 4. dass er bei der Entlehnung von wichtigen Angaben oder grösseren Schil-

derungen, mögen dieselben nun wörtliche Citate darstellen oder nicht, den Namen seiner Autorität nennt.

Diese Forderungen sind nur eine Paraphrase der Pflichten des Zeugen im Gerichtssaale, welcher zu schwören hat: „Die Wahrheit, die ganze Wahrheit, und nichts als die Wahrheit“ zu sagen und kein Autor vergiebt sich etwas, wenn er diesen billigen Anforderungen mit der peinlichsten Gewissenhaftigkeit nachkommt. Die Hälfte aller Differenzen zwischen Männern der Oeffentlichkeit rührt, wie die Herausgeber der „Lancet“ in dem oben erwähnten Falle sehr richtig bemerken („Lancet“ 14. Juli 1894, p. 109), von der Vernachlässigung der fundamentalen Regel her, bei öffentlichen Discussionen absolut genau zu citiren und nur die „ipsissima verba“ des citirten Autors zu gebrauchen, und — wie wir hinzufügen möchten — viele der allerunerfreulichsten Polemiken und Controversen könnten und würden vollständig vermieden werden, wenn jeder Schriftsteller diese goldene Regel gewissenhaft befolgte.

So selbstverständlich das Alles aber auch ist und für jedermann sein sollte, so häufig wird dagegen gesündigt. Im zweiten Bande des Centralblattes findet sich (pp. 468—470) eine Zuschrift an die Redaction, in welcher ein sehr geschätzter Laryngologe freimüthig auf diese Schattenseite unserer Literatur eingeht. In den seither verflossenen neun Jahren sind die Dinge nicht besser geworden. Bei der geringen Neigung nur zu vieler Autoren, auf die Originalangaben zurückzugehen, bei der athemlosen Production unserer Zeit, die vor wenigen Jahren erschienene Arbeiten schon als „veraltet“ betrachtet, wird nur zu häufig eine Angabe oder historische Schilderung einer älteren Frage in einer neuen Arbeit, wenn sie nur in recht bestimmter Form auftritt, auf Treu und Glauben als den Thatsachen entsprechend angenommen und geht dann in so und so viele weitere Lehrbücher, Monographieen, Arbeiten etc. in ebenso positiver Form über, obwohl sie den Thatsachen direkt ins Gesicht schlägt!

Das Alles sind keine theoretischen Reflexionen, sondern — leider — nur allzu nackte Thatsachen, und die folgenden Beispiele, welche sich sämmtlich im Laufe der allerletzten Jahre ereignet haben, illustriren unsere Behauptung drastisch genug:

1. A. behauptet, dass eine gewisse Operation „häufig“ Folgen schwerster Art verursache. B. bestreitet dies durchaus, sagt aber dabei in den klarsten Worten, dass er die Möglichkeit eines gelegentlichen Vorkommens der in Rede stehenden Erscheinungen durchaus nicht bezweifle, dass dieselben aber jedenfalls seltenster Natur und keinesfalls der Operation zur Last zu legen seien. Es schliesst sich eine Controverse an, in welcher B. die Richtigkeit seiner Ansichten so unwiderleglich beweist, dass A. es schliesslich für gut findet, zu erklären, dass er in weiteren Auflagen seines Lehrbuches den Ausdruck „häufig“ durch das Wort „gelegentlich“ ersetzen werde. Das thut er nun auch, verzerrt aber gleichzeitig die Situation total aufs Neue, indem er in den nächsten Sätzen fortfährt, B. als heftigen Gegner des modificirten Satzes darzustellen, obwohl B.'s Opposition sich nur gegen den ursprünglichen Satz richtete! — So muss B. Generationen heranwachsender Aerzte, von denen voraussichtlich viele seine eigenen Angaben niemals im Original gelesen haben, als ein blinder Parteigänger erschei-

nen, der die Möglichkeit eines für den ganzen Körper anerkannten Vorkommnisses für ein bestimmtes Organ vollständig läugnet! Und dabei hat er in den klarsten Ausdrücken wiederholt das grade Gegentheil erklärt! —

2. C. stellt zur Erklärung eines merkwürdigen Phänomens eine Theorie auf, welche ganz ausschliesslich auf die Experimemte D.'s und E.'s gebaut ist. Dies geschieht in einem Blatte, in welchem die genannte Experimente nicht veröffentlicht und auch nie besprochen sind. D. führt in urbanster Form in demselben Blatte den Nachweis, dass C. versäumt habe, andere Experimente D.'s und E.'s zu berücksichtigen, welche seine Theorie unabweislich zu Falle bringen. C. antwortet gereizt, dass er das nicht einsähe, und bezeichnet eines der einschlägigen Experimente kurzweg als „misslungen". D. berichtigt die letztgenannte Behauptung mit einem Verweis auf das Original, worauf C. erwidert, dass er das Recht habe, das Resultat anders zu interpretiren als dies die Experimentatoren selbst gethan hätten. — Letzteres Recht ist gewiss unbestreitbar und war auch von D. nicht mit einem Wort bestritten worden, aber ebenso unzweifelhaft wäre es C.'s Pflicht gewesen, die von der seinen völlig abweichende Auffassung der Experimentatoren selbst seinen Lesern zu unterbreiten und letztere nicht durch die kategorische Mittheilung, dass das Experiment „misslungen" sei, direkt, wenn wohl auch unbeabsichtigter Weise, irrezuführen! —

3. F. liest in der historischen Einleitung einer neu erschienenen Arbeit G.'s einen längeren Abschnitt, der die Entwicklung einer in Rede stehenden Frage völlig unrichtig darstellt, dabei aber F. merkwürdig bekannt vorkommt. Nach einigem Nachsinnen erinnert sich F., dass er selbst neun Jahre früher in einer seitdem als für die betreffende Frage grundlegend anerkannten Arbeit eine ganz ähnliche Schilderung eines anderen Forschers H. eingehend berichtigt habe. Er vergleicht die beiden Schilderungen G.'s und H.'s mit einander und findet nunmehr, dass dieselben einander nicht nur ähnlich sind, sondern dass G. die Schilderung H.'s einfach übernommen, dabei aber nicht etwa wörtlich citirt und den Namen seiner Autorität genannt hat, sondern dass er die Reihenfolge der Sätze H.'s, sowie einzelne Worte geändert und in seine eigene Schilderung einzelne Sätzchen und Worte eingeflickt hat, so dass von einem bonafide Citat nicht die Rede sein kann, und dass jeder mit der Entwicklung der Frage nicht völlig vertraute Leser G.'s Schilderung für das Resultat eigener Literaturstudien halten muss! — Ferner findet er, dass die H.'sche Arbeit nur in einem am Schluss der G.'schen Arbeit gegebenen Literaturverzeichniss dem Titel nach erwähnt wird, und dass von seiner eigenen Arbeit und der in derselben gegebenen Berichtigung der H.'schen Angaben weder in der G.'schen Arbeit selbst noch in dem ihr folgenden Literaturverzeichniss überhaupt die Rede ist. — F. schreibt an G., sagt ihm auf den Kopf zu, dass der betreffende Passus aus der H.'schen Arbeit stamme, dass aber G. durch die Form seiner Darstellung die Verantwortlichkeit für die von ihm gegebenen falschen Angaben übernommen habe, die bereits vor neun Jahren berichtigt worden seien, und verlangt von G. im Namen der historischen Wahrheit eine umgehende Berichtigung an derselben Stelle, an der die falsche Darstellung veröffentlicht worden sei. — G. giebt in seiner Antwort zu, dass er den fraglichen Passus der H.'schen Arbeit „entlehnt" habe, und dass ihm die F.'sche Berich-

tigung wie F.'s Arbeit überhaupt unbekannt geblieben sei, spielt sich aber noch obendrein auf den Beleidigten heraus, weil F. in seinem Briefe kein Blatt vor den Mund genommen hatte, und behauptet schliesslich, dass die wahre Verantwortlichkeit auf — — H. falle, weil dieser ihm (G.) einen Separatabdruck seiner Arbeit „dedicirt" habe, ohne ihm zu sagen, dass die in derselben gegebene historische Schilderung angefochten worden sei!! — F. möge sich also an H. halten! — — So unglaublich das klingt, so ist es doch buchstäblich wahr. —

Die gegebenen drei Beispiele, zusammengehalten mit dem im Anfange dieses Artikels erwähnten Fall illustriren verschiedene Grade von Verstössen gegen die literarische Ethik, so: 1. die einfache, wahrscheinlich unbeabsichtigte Irreführung der Leser in Folge übergrosser Kürze des Ausdrucks und mangelnder Darstellung der eigenen Auffassung der Autoren, gegen welche der Verfasser polemisirt; 2. die „suppressio veri et suggestio falsi"; das Plagiat 3. in seiner schlimmsten Form; 4. die bewusste Entstellung und Fälschung fremder Angaben. Dass sie die Liste der hier in Frage kommenden Möglichkeiten erschöpfen, glauben wir natürlich selbst keinen Augenblick, sie dürften aber wohl genügen, um die öffentliche Aufmerksamkeit auf eine trübe Schattenseite unserer Literatur zu lenken und die Frage anzuregen, wie den berührten Uebelständen*) abzuhelfen sei? —

Diese Frage ist nun freilich leichter erhoben als beantwortet.

Von einem Appell an das bessere Gefühl der Schuldigen erwarten wir, offen gestanden, sehr wenig. Ein Gentleman braucht nicht erst aus einer redactionellen Auseinandersetzung zu erlernen, dass seine Handlungsweise im literarischen wie in irgend einem anderen Verkehr von den Grundsätzen der einfachsten Ehrlichkeit und Gerechtigkeit geleitet werden muss, und auf denjenigen, der unglücklicherweise nicht die Instinkte eines Gentleman besitzt, wird ein Appell an diese Instinkte vermuthlich wenig Eindruck machen. Ebenso giebt es Leute, die wenn sie sich einmal verrannt haben, zu verbohrt oder zu eigensinnig sind, um ihren Irrthum zuzugestehen und lieber tiefer und tiefer in den Sumpf gerathen, als einfach und ehrlich ihre unrichtige Angabe zurückzuziehen und um Entschuldigung zu bitten, was ihnen nur zur Ehre gereichen würde! —

Der natürlichste und auch am häufigsten betretene Weg, solche Verstösse gegen die literarische Ethik, wie wir sie geschildert haben, zu neutralisiren, besteht selbstverständlich darin, dass der geschädigte Autor die falschen Angaben,

*) Sollte hier etwa der Einwand erhoben werden, dass mit Ausnahme des ersterwähnten Falles die Beweise für die Thatsächlichkeit dieser Uebelstände fehlten, da die drei von uns gegebenen Beispiele viel zu allgemein gehalten seien, um wirklich beweisend wirken zu können, so würden wir hierauf Folgendes antworten: Wir haben einen Augenblick geschwankt, ob wir nicht diese Beispiele direkt durch Verweise auf die betreffenden Publicationen authenticiren sollten, da wir uns sehr klar darüber waren, dass durch einen solchen Nachweis der Actualität der beregten Uebelstände unsere Bemerkungen bedeutend an Nachdruck gewinnen würden; wir haben aber bei weiterem Nachdenken hiervon Abstand genommen, weil uns zunächst nur an der Abstellung der Uebelstände, nicht an der Blosstellung der Schuldigen und der hiervon fast untrennbaren Schaffung eines persönlichen Skandals gelegen ist. Wir übernehmen aber die Bürgschaft für die Actualität und Genauigkeit der drei oben gegebenen Beispiele.

Red.

denen er zum Opfer gefallen ist, sofort öffentlich berichtigt. Aber auch dieses Vorgehen ist mit zahlreichen Missständen verbunden. Zunächst ist es immer äusserst unerfreulich, in eine Controverse eintreten zu müssen, in welcher persönliche Recriminationen nahezu unvermeidlich, bisweilen direkt geboten sind und bei der sich voraussehen lässt, dass ihr Ton mit jeder neuen Antwort mehr und mehr verbittert werden wird. Von doppeltem Gewicht wird diese Erwägung bei einem Autor sein, der schon früher in der Lage gewesen ist, falsche Angaben über seine Ansichten öffentlich zurückweisen zu müssen. Die Welt ist nun einmal so, dass sie sich nicht viel Mühe giebt, darüber nachzudenken, was bei der früheren Gelegenheit der Grund der Controverse und wer der Angreifer war; sie erinnert sich nur, schon früher den Namen eines der beiden gegenwärtig Discutirenden in ähnlichem Zusammenhange gelesen zu haben, und gar zu leicht kommt Jemand, der nicht nur in Wahrung seiner eigenen wohlberechtigten Interessen, sondern im Dienste wissenschaftlicher Wahrheit und Moral sich der unerfreulichen Aufgabe unterzieht, solche unverzeihlichen Dinge aufzudecken, wie wir sie im Laufe des Artikels zu berühren gehabt haben, noch dazu — auch bei Gutmeinenden —, in den Ruf eines Störenfrieds und Zänkers! — Schweigt er aber andererseits, sei es um des lieben Friedens willen, sei es, weil er es verschmäht, mit solchen Gegnern in die Arena zu treten, so läuft er nicht nur die Gefahr, dass seine vornehme Denkweise nicht allgemein verstanden und sein Schweigen für Schwäche oder Zustimmung genommen wird, sondern — was weit schlimmer ist — dass die unbeanstandet gebliebene Darstellung von zahlreichen, mit der Frage nicht vertrauten, besonders jüngeren Lesern für sachentsprechend und richtig gehalten wird und nunmehr in eine weitere Reihe von einschlägigen Arbeiten übergeht! — Noch mehr complicirt wird die Sachlage durch die Thatsache, dass in einer Reihe von Fällen die Berichtigung, auch wenn sie prompt erfolgt, die Leser der falschen Darstellung gar nicht erreicht. Erscheint letztere nämlich in einem regelmässig publicirten Journal oder Archiv, so kann der Geschädigte wenigstens seine Klage vor dieselben Leser bringen, denen die Ursache derselben vorgelegen hat; wird aber ein Plagiat oder eine Entstellung in einem Lehrbuch begangen, so kann das überhaupt nicht wieder völlig gut gemacht werden, denn der Leserkreis eines solchen Lehrbuchs ist naturgemäss sehr verschieden von dem irgend eines medicinischen Journals, in welchem später die Berichtigung erfolgt.

Unter allen diesen Umständen vermögen wir eine Aussicht auf wirkliche Besserung nur darin zu sehen, dass der ärztliche Stand die Bewahrung der literarischen Ethik zur Gemeinsache macht und denjenigen, welcher gegen die Principien der literarischen Moral verstösst, fühlen lässt, dass er nicht nur gegen den einzelnen Autor, sondern gegen die Standesehre gesündigt hat! — Nichts ist entmuthigender für denjenigen, der sich um des allgemeinen Besten willen in einem solchen Falle die wahrlich äusserst unerfreuliche Aufgabe auflädt, den Schuldigen zur Rechenschaft zu ziehen und der gekränkten Wahrheit zum Rechte zu verhelfen, als wenn er sieht, wie vielfach die Angelegenheit als eine „rein persönliche“ aufgefasst und mit Achselzucken übergangen wird, wie häufig eine solche Anklage in der referirenden Literatur mit den beiden Worten „Polemischer Artikel“ abgefertigt wird, wie wenig es ins Bewusstsein grosser Kreise dringt,

dass ein Autor, der sich solcher Vergehen schuldig macht, wie der im Eingang unseres Artikels, sowie im ersten und dritten unserer Beispiele geschilderten, überhaupt kaum würdig ist, ein Mitglied eines ehrenwerthen Standes zu sein und jedenfalls den Anspruch auf literarische Glaubwürdigkeit für ewige Zeiten verscherzt hat! — Gewiss wäre es für Fälle dieser Art wünschenswerth, dass wir ebenso wie die Angehörigen des Officier- und Richterstandes der meisten Culturländer Ehrengerichte besässen, vor welchen die Schuldigen zur Rechenschaft gezogen und im Verhältniss zur Schwere ihres Vergehens bestraft werden könnten. In der Abwesenheit solcher Ehrengerichte ist es unserer Ansicht nach einerseits die Pflicht der Presse, sei dies in der Form von Kritiken oder von redactionellen Bemerkungen — wie derjenigen der Lancet, des Glasgow Medical Journal und des New York Medical Journal in dem Falle, von welchem unsere Betrachtungen ausgegangen sind — literarischen Ausschreitungen der geschilderten Art mit aller Energie gegenüberzutreten, andererseits die Pflicht von ärztlichen Vereinen, denen die Schuldigen angehören, dieselben soweit disciplinarisch zur Rechenschaft zu ziehen, als dies die Statuten erlauben; drittens endlich, wie wir nachdrücklich wiederholen möchten, jedes Mitglieds des ärztlichen Standes, die Schuldigen fühlen zu lassen, dass sie sich nicht nur gegen einen Einzelnen, sondern gegen die Standesehre vergangen haben! Wird dies den Uebelthätern nachdrücklich zum Bewusstsein gebracht und ihnen der praktische Beweis geliefert, dass sie in letzter Linie hauptsächlich sich selbst durch ihr Vorgehen schädigen, so werden Verstösse gegen die literarische Ethik seltener und seltener werden, früher nicht!

II. Referate.

a. Allgemeines, obere Luftwege etc.

1) **J. E. Boylan. Die Stellung der Laryngologie in der medicinischen Wissenschaft und Praxis. (The position of Laryngology in the Science and Practice of Medicine.)** *Cincinnati Lancet-Clinic. 3. Februar 1894.*

B. verlangt, dass der ärztliche Stand grösseren Nachdruck auf die laryngologische Specialität legen soll. **W. J. SWIFT (LEFFERTS).**

2) **Lermoyez** (Paris). **Die Rhinologie, Otologie und Laryngologie in Wien. (Rhinologie, Otologie, Laryngologie à Vienne.)** 1 Bd. 18. 530 Seiten. Paris 1894.

L. schildert den medicinischen Unterricht an der Wiener Facultät und besonders die Verhältnisse an den laryngo-rhinologischen Specialkliniken. Das

reichhaltige und gut redigirte Buch giebt auch eine Zusammenstellung der praktischen Besonderheiten der einzelnen Wiener Specialisten. [Das Werk wird noch ausführlicher in unseren Spalten besprochen werden. Red.] F. CARTAZ.

3) **Jonathan Wright. Ein paar kritische Bemerkungen zur neueren laryngologischen und rhinologischen Literatur. (Some critical and desultory remarks on recent laryngological and rhinological literature.)** *N. Y. Med. Journal. 24. Februar 1894.*

Die Ueberschrift erläutert den Inhalt der langen, aber interessanten Arbeit ausreichend. Die verschiedenen Abhandlungen, die Wright kritisirt, werden für sich in diesem Blatte referirt werden. LEFFERTS.

4) **Redactionelle Notiz. Influenza. (Influenza.)** *Phil. Medic. News. 13. Jan. 1893.*

Von zahlreichen Seiten wurde bestritten, dass die Influenza ein permanenter Gast der Menschheit sei; dass es kein Jahr und keine Jahreszeit gebe, wo nicht ein paar Fälle einem jedem Arzte unter die Hände kämen, dass aber nur zu bestimmten Zeiten, wenn bisher noch nicht genauer bekannte Umstände dem Krankheitserreger grössere Virulenz und der Bevölkerung grössere Empfänglichkeit verleihen, die Krankheit überall als solche erkannt würde. Zu anderen Zeiten werden die Fälle mit verschiedenen Namen belegt, je nachdem das eine oder das andere Symptom mehr hervortritt, und bald als Magenkatarrh oder Typhoidfieber, bald als katarrhalische Pneumonie, als nervöses Fieber, als Bronchitis o. a. m. bezeichnet.

Je nach dem Symptomentypus im Einzelnen wechselnd, soll die Therapie der Influenza im Allgemeinen stets dieselbe sein und darauf ausgehen, zu kräftigen und die Ausscheidungen anzuregen. Ruhe ist das erste Erforderniss, selbst in milden Fällen; eine unzweckmässige Behandlung kann milde Fälle zu schweren gestalten und zu den störendsten Folgekrankheiten Anlass geben. LEFFERTS.

5) **Redact. Bemerkung. Die Grippe. (La Grippe.)** *N. Y. Medical Journal. 20. Januar 1894.*

Ein Arzt, der eben einen Influenzaanfall überstanden, schreibt an einen Freund: „Haben Sie jemals diese niederträchtige Krankheit gehabt, die man als Grippe bezeichnet? Wenn nicht, dann lassen Sie es auch ferner bleiben. Ich habe sie jetzt 6 Wochen gehabt und versichere Sie, dass ein schlimmeres Leiden ganz gewiss aus Pandora's Büchse nicht hervorgegangen ist. Niesen Sie, frieren Sie zum Sterben und dann verbrennen Sie wieder, seien Sie ohne Energie, schlaff zum Aeussersten, mit einem Druck, als ob alle Wolken des Himmels auf Ihrem Kopfe lasteten; kurz, denken Sie Sich einen Zustand, als ob Sie jeden Augenblick der Teufel holen sollte und ertragen Sie diesen Zustand einmal 6 Wochen lang: dann werden Sie zum ersten Male verstehen, was Grippe ist.“ LEFFERTS.

6) **Richter** (Wien). **Demonstration mikroskopischer Präparate und Culturen von Influenza-Bacillen bis zur fünften Generation.** Demonstration in d. Sitzung

der kk. Gesellsch. d. Aerzte in Wien am 19. Januar 1894. — *Wiener klin. Wochenschr. 1894. No. 4.*

Erscheint später ausführlich. CHIARI.

7) **Herzog** (Graz). **Beobachtungen über die Influenza-Epidemie des Jahres 1893 bis 1894 in Graz.** *Mittheilungen des Vereins der Aerzte in Steiermark. 1894. No. 4.*

H. beobachtete 100 Fälle (darunter 62 Frauen) meistens bei Leuten über 20 Jahren. Oft handelte es sich um Nacherkrankungen. Kinder erkrankten meist leicht.

Im Kehlkopf fand er oft Schwellung und Röthung der Plica interarytaenoidea mit Schleimbildung und heftigem Hustenreize (Laryngitis postica); oft kam hinzu Katarrh des Nasenrachenraumes. Rachen und Nase waren oft katarrhalisch erkrankt, ebenso die Balgdrüsen des Zungengrundes. Bei allen diesen Leiden nützte meist nur direkte lokale Behandlung. Oft sah H. die Laryngitis postica mit Catarrhus cavitatis naso-pharyng. combinirt. CHIARI.

8) **Die Influenza in Prag und ihre wissenschaftlichen Ergebnisse.** Redactioneller Artikel der *Wiener med. Blätter. 1894. No. 1.*

Die Pfeiffer'schen Bacillen wurden von den Prager Klinikern (Pribram, Jacksch, Zoerkendorfer) und dem pathologischen Anatomen H. Chiari als Ursachen der Infl. festgestellt und es wurde betont, dass ihre Invasion den Organismus sehr schwächt. Unter dem Einflusse der Influenzabacillen oder ihrer Stoffwechselprodukte entwickelt sich namentlich Diplococcus pneumoniae sehr üppig.

CHIARI.

9) **Wm. H. Thayer. Die Behandlung der Influenza. (The treatment of influenza.)** *N. Y. Med. Record. 3. Februar 1894.*

D. giebt an, dass er in seiner Praxis die Influenza ebenso behandelt hat, wie man die Diphtherie behandeln sollte, nämlich mit Sublimat und zwar wegen der starken keimtödtenden Fähigkeit dieses Mittels. In schweren Fällen gab T. es in Dosen von 0,002 im Beginn mehrere Stunden hindurch halbstündlich, später in längeren Zwischenzeiten. Der Effekt war stets ein guter und zwar sowohl auf die Krankheit selbst, wie auf die sonst so lästige Reconvalescenz; die Secundäraffektionen wurden sehr verringert. LEFFERTS.

10) **Granville. Recept für Influenza. (For Influenza.)** *Philad. Medical News. 13. Januar 1894.*

Rp.	Camphorae	10,0
	Tinct. jodi	0,5
	Mucilag. acaciae	15,0
	Glycerini	20,0
	Olei menth. piper	0,25
	Syrup. zingiberis	ad 75,0

M. d. s. 2—3stdl. 2 Theelöffel voll z. n.

LEFFERTS.

11) **Burton. Gegen Influenza. (For Influenza.)** *Philad. Medical News. 24. Februar 1894.*

Rp.	Succi digitalis	0,5
	Tinct. aconiti (B. P.)	0,1
	Liqu. ammoniae citratis	5,0
	Aquae	ad 15,0

M. d. s. Die ersten 4 Stunden stündl. zu wiederholen, dann alle 2, 3 oder 4 Stunden.

LEFFERTS.

12) **Valentin** (Bern). **Ueber Sulfanilsäure als Palliativmittel bei acuten Katarrhen.** *Corr.-Bl. Schweizer Aerzte. H. 7. 1894.*

Diese Säure ($CH^4NH^2 . SO^2 . OH$) wurde zuerst gegen Jodismus eingeführt und erwies sich dem Verf. als ein gutes antisecretorisches Derivans bei acuter Coryza, Laryngitis und Otit. med. Die Wirkung dauert aber nicht lange. Der innere Gebrauch von 1—2,0 pro die macht keine Störungen und muss wiederholt werden. Rp.: Acid. sulfanil. 10,0., Natr. bic. 8,5, Aq. 200,0. — 3- 6 Esslöffel täglich.

JONQUIÈRE.

13) **Zenoni** (Turin). **Ueber Farbenreactionen des Sputums.** *Centralbl. f. innere Medicin. 12. 1894.*

Z. legt ein Stückchen Sputum ausgebreitet auf ein Deckglas, lässt es in Alkohol $^1/_4$ Stunde und auch länger gerinnen und färbt dann mit einer halbconcentrirten Safraninwasserlösung. Untersucht man das Präparat auf weisser Unterlage, so hat dasselbe, wenn das Sputum vorwiegend schleimig ist, eine gelbe Färbung, während dasselbe roth erscheint bei pneumonischen Erkrankungen.

SEIFERT.

14) **E. Stepanow** (Moskau). **Beiträge zur pathologischen Anatomie und Aetiologie des Scleroms. (Materiali k pathologitscheskoi anatomiu u etiologii scleromi.)** Moskau. 1893. Dissert.

Diese sehr fleissige und werthvolle Monographie des auf dem Gebiete des Scleroms genugsam bekannten Verfassers zerfällt in 2 Hauptabschnitte. Im ersten Theil findet sich eine genaue und sehr detaillirte Berücksichtigung der Literatur bis auf die neueste Zeit und im zweiten fasst der Autor seine früheren Arbeiten auf diesem Gebiete zusammen und fügt noch eine genaue Beschreibung seiner Impfresultate hinzu.

Die früheren Arbeiten des Verf.'s sind schon in diesem Centralblatt referirt worden (Bd. VIII. p. 282; X. p. 11 u. p. 413) und deshalb brauchen wir hier blos auf die Impfresultate einzugehen.

Da die Impfungen in die Schleimhaut der oberen Luftwege stets fehlgeschlagen hatten, so beschloss Verf., die Sclerombacillen (Reincultur) in die vordere Kammer des Auges einzuimpfen. Von allen Versuchsthieren hatte sich das Meerschweinchen allein als geeignet erwiesen. Von 64 Versuchen war bei 49 die Impfung vollkommen missglückt, denn das Auge hatte sich nach einer schwachen und kurzen Reaction vollkommen erholt. 15 Male war die Impfung von einer in-

tensiven Entzündung gefolgt, doch mussten von diesen 15 8 Fälle ausgeschlossen werden, weil in denselben neben den Sclerombacillen noch Streptokokken und Staphylokokken gefunden wurden und auch von den übrig gebliebenen 7 Fällen konnten nur 2 Impfungen als gut gelungen betrachtet werden.

Obgleich es St. gelungen, in diesen beiden Fällen alle Merkmale des Scleroms (Sclerombacillen, Mikulicz'sche Körper etc.) nachzuweisen, so hält er doch die Frage über die Ueberimpfbarkeit des Scleroms noch nicht für abgeschlossen. Das Sclerom ist eine Krankheit, die beim Menschen ausschliesslich nur in den oberen Luftwegen und in den mit diesen zusammenhängenden Kanälen und Höhlen vorkommt. Ferner ist das Sclerom beim Menschen eine aussergewöhnlich chronische Krankheit, die zwar local, nie aber auf dem ganzen Gebiete der Erkrankung zum Stillstand kommt. Bei den Impfversuchen hatte aber nur der Krankheitsprocess in einigen Fällen mit der Atrophie des Bulbus seinen Abschluss gefunden und selbst in den als gelungener betrachteten Impfungen wäre es auch dazu gekommen, wenn das Auge nicht früher entfernt worden wäre. Auch die Form der Erkrankung der Augen (Iridocyclitis) nach der Impfung entsprach gleichfalls nicht dem Beginn der Erkrankung beim Menschen, obgleich die so schnelle Entwickelung der Krankheit aus dem eigenartigen Nährboden erklärt werden könnte. Eiterungen und Anhäufungen von Zerfallsprodukten findet man nie im Scleromgewebe, während bei den Impfscleromen Eiterungen zu den gewöhnlichen Vorkommnissen gerechnet werden müssen; ja selbst im gelungensten Falle fand sich ein kleiner Eiterherd in der Linse.

Dass so wenige Impfungen gelangen, will Verf. durch die geringe Virulenz der Sclerombacillen erklären. Zum Zustandekommen einer Infection müssen jedenfalls verschiedene günstige Umstände zusammentreffen, denn selbst in Gegenden, wo das Sclerom endemisch ist, findet man doch solche Kranke verhältnissmässig selten.

Die schwache Virulenz der Sclerombacillen beweist auch die klinische Beobachtung; das Sclerom bleibt sehr häufig Jahrzehnte an einem Orte der oberen Luftwege localisirt, ohne auf die anderen, gleichfalls Prädilectionsstellen, überzugehen. Trotz alledem hält St. doch fest, dass die Sclerombacillen, in die vordere Kammer geimpft, eine chronische Entzündung mit Bildung von Granulationsgewebe hervorrufen können, die alle Eigenschaften des Scleroms zeigt. Wenn aber Reinculturen von Sclerombacillen, Thieren eingeimpft, diese chronische Entzündung verursachen können, so kann ihnen die Rolle als ätiologisches Moment nicht abgesprochen werden.

Da aber die Sclerombacillen nicht blos auf der Schleimhaut der oberen Luftwege, sondern auch in anderen Geweben dieselben Veränderungen hervorzurufen vermögen, so kann man annehmen, dass beim Entstehen des Scleroms die Hauptrolle nicht einem anatomischen Gewebe, sondern dem spec. Mikroorganismus zufällt.

LUNIN.

15) **Hennig** (Leipzig). **Die Krankheiten der Thymusdrüse.** Abdruck aus dem Gerhardt'schen Handbuch der Kinderkrankheiten. Nachtrag III. Tübingen.

Laupp'sche Buchhandlung. 1893. — *Wiener medicin. Blätter. 1894. No. 4 und 5.*

Zur allgemeinen Orientirung bestimmt. CHIARI.

16) **Beneke** (Braunschweig). **Zur Frage nach der Bedeutung der „Thymushypertrophie" für plötzliche Todesfälle im Kindesalter.** *Berliner klinische Wochenschrift. 1894. No. 9.*

Die Frage wird wesentlich vom Standpunkt des Gerichtsarztes erörtert. Der Verf. hält die Möglichkeit eines Erstickungstodes durch totalen plötzlichen Verschluss der Trachea, wie er bei kräftig entwickelter Thymusdrüse durch Rückwärtsbeugen des Kopfes vorkommen kann, für nicht ausgeschlossen. Dies Ereigniss ist besonders zu fürchten bei sehr fettreichen Kindern, bei denen eine grosse Thymusdrüse supponirt werden kann, namentlich bei gleichzeitig bestehender Rachitis.

LANDGRAF.

b. Nase und Nasenrachenraum.

17) **Grallan** (Paris). **Die Antisepsis in Mund und Nase. (De l'antisepsie buccale et nasale.)** *Thèse de Paris. 1894.*

G. stellt die verschiedenen Mikrobien zusammen, die man in Mund- und Nasenhöhle findet, und bespricht die Complicationen, zu denen dieselben im Laufe von Infectionskrankheiten Anlass geben können. Im Anschluss hieran erörtert er in summarischer Weise die Mittel zur prophylactischen Antisepsis dieser Theile.

A. CARTAZ.

18) **J. Wright. Die Verschiedenheit zwischen den Veränderungen in Nase und Hals und ihren Symptomen. (The discrepancy between the symptoms and lesions of the nose and throat.)** *Brooklyn Med. Journal. Januar 1894.*

Ein Vortrag, gehalten in der Post-Graduate School of Chicago. Im Referate lässt sich der Inhalt kaum wiedergeben, die Lectüre des Vortrags selbst ist zu empfehlen. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

19) **C. G. Jennings. Die Behandlung der Nasen- und Halskrankheiten bei Kindern und Säuglingen. (Treatment of diseases of nose and throat in infants and young children)** *Archives of Pediatrics. Januar 1894.*

Die Hauptindication ist die häufige und gründliche Irrigation und Desinfection der Nase und des Nasenrachenraums. Die verschiedenen Methoden hierzu sind der Spray, die vordere und hintere Nasenspritze und der Nasenrachenkatheter. Für die meisten Zwecke ist die vordere Nasenspritze nützlich.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

20) **Labbé** (Paris). **Ueber einen Fall von Anosmie (Sur un cas d'anosmie.)** *Journ. des practiciens. 4. April 1894. p. 318.*

Bei einem 48jährigen Manne, der seit über 4 Jahren, vielleicht infolge übermässigen Gebrauchs des Tabaks, den Geruchssinn verloren hatte und zwar in

solchem Grade, dass er weder den Duft von Blumen noch den irgend eines Parfüms zu verspüren im Stande war, trat auf die unerwartetste Weise der genannte Sinn wieder ein, nachdem in einigen Sitzungen eine statische Elektrisation der cervico-bronchialen Region zum Zwecke der Heilung einer rheumatischen Neuralgie dieser Gegend vorgenommen worden war. Der Entwickelung von Ozon durch Elektricität und der Wirkung dieses Gases auf die Riechschleimhaut schreibt der Verf. die Heilung der Anosmie zu. LUC.

21) **Reuter** (Ems). **Geruchsempfindungs-Störungen.** Drasche's Bibliothek der gesammten medicinischen Wissenschaften. Abgedruckt in *Wiener med. Zeitung. 1894. No. 20, 21 und 22.*

Gutgeschriebener Artikel zur Orientirung in dieser Frage; die Literatur ist fleissig berücksichtigt. CHIARI.

22) **L. de Jager** (Metslawier). **Athembewegung in der Nasenhöhle. (Adembeweging in de neusholte.)** *Nederl. Tijdschrift v. Geneesk. 1894. I. No. 13. S. 2161.*

23) **H. Zwaardemaker** (Utrecht). **Idem.** Ibid. *No. 16. S. 588.*

Briefe an die Redaction, polemischen Inhalts. H. BURGER.

24) **G. Sandmann** (Berlin). **Autogramme der nasalen Respiration. (Autograms of nasal respiration.)** *Journal of Laryngology. Februar 1894.*

Verf. beschreibt kurz eine Methode, die er zur Feststellung der Wegsamkeit der Nasenwege angegeben hat. Er hält ein Stück Schieferpapier gerade vor die Nasenlöcher und lässt den Pat. daraufathmen. Bevor die Feuchtigkeit von der Fläche desselben verdampft ist, wird durch einen Zerstäuber ein feines Pulver darauf geblasen. Die Ueberschuss des Pulvers wird abgeschüttelt; es bleibt eine deutliche Figur zurück, die der Athem producirt hat. Dieselbe lässt sich mit einem Lack leicht fixiren und man kann sie zu Vergleichen mit den nach der Operation oder Behandlung einer partiellen oder completen Stenose aufzunehmenden Autogrammen verwahren. MACKENZIE-JOHNSTON.

25) **Hajek** (Wien). **Laryngo-rhinologische Mittheilungen.** *Internation. klinische Rundschau. 1892.*

26) **Zuckerkandl** (Wien). **Normale und pathologische Anatomie der Nase.** 2. Auflage. Wien 1892.

27) **Grünwald** (München). **Zur Abwehr.** *Wiener medic. Wochenschrift. 1894. No. 4.*

28) **Zuckerkandl. Entgegnung auf vorstehenden Artikel.** Ibidem.

29) **Hajek. Offener Brief an Herrn Dr. L. Grünwald in München.** Ibidem.

Die 3 letzten Artikel sind polemischen Inhaltes; Hajek und Zuckerkandl hatten sich nämlich in den 2 erstcitirten Publicationen dahin ausgesprochen, dass Grünwald zu weit geht, wenn er behauptet: „Ozaena, Polypen und eitrige Rhinitis entstehen in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle durch Erkrankung der Nebenhöhlen oder ihrer knöchernen Umgebung.“

Grünwald wehrt sich dagegen und wirft Z. und H. ungenaues Citiren vor. Z. und H. entgegen darauf, dass die anatomischen Befunde und die klinischen Ergebnisse gegen Grünwald's Behauptung sprechen. CHIARI.

30) **Grünwald** (München). **Ein letztes Wort.** *Wiener medicin. Wochenschrift. 1894. No. 10.*

31) **Zuckerkandl. Entgegnung auf vorstehenden Artikel.** Ibidem.

32) **Hajek. Idem.** Ibidem.

Weitere Polemik. CHIARI.

33) **Gaucher u. Barbe** (Paris). **Professioneller Arsenicismus mit Perforation der Nasenscheidewand. (Arsenicisme professionel, perforation de la cloison nasale.)** *Soc. française de dermatologie. 14. Juni 1894.*

Eine 2 Franksstück grosse Perforation des Septum bei einem 70-jährigen Arbeiter, der seit 40 Jahren in einer chemischen Fabrik arbeitete und besonders mit Schweinfurter Grün zu thun hatte. Der Pat. hatte das Hospital wegen einer Hautaffection aufgesucht, die auf den Arsenicismus zu beziehen war.

A. CARTAZ.

34) **C. C. Rice. Fractur des Septum narium. — Congestion und Reizung der Nasenmuscheln. (Fracture of the septum narium. — Irritative congestion of the turbinates.)** *International Journal of Surgery. März 1894.*

Eine klinische Vorlesung. Nichts von besonderem Interesse.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

35) **J. S. Gibb. Hämatom der Nasenscheidewand. (Haematoma of the nasal septum.)** *Philadelphia Policlinic. 10. Februar 1894.*

Bei der Untersuchung des Patienten fand man beide Nasenseiten durch kuglige Massen verlegt, die linke war vollständig verschlossen. Auf der Höhe dieser Masse sah man im rechten Nasenloch die Schleimhaut weisslich verfärbt, so dass sie einer Pseudomembran nicht unähnlich war. Die Masse im linken Nasenloch war rund, sehr roth und glatt. Es wurde eine Incision in den linken Tumor gemacht, worauf sich eine Quantität flüssigen Blutes entleerte und unmittelbar die eigenthümlich weissliche Farbe des Tumors im rechten Nasenloch verschwand. Die rechte Seite sah danach ebenso aus, wie die linke, an der die Incision gemacht war. Mit der Sonde konnte man feststellen, dass das knorplige Septum durch den ursprünglichen Unfall fracturirt war; durch das grosse Hämatom, das sich links bildete, war offenbar der Knorpel nach rechts gedrängt worden, wo er als weissliche Verfärbung imponirte. Der Unfall — ein Sturz auf die Nase — hatte sich mehrere Wochen vorher ereignet.

Das Nasenscheidewandhämatom ist sehr selten. Von allen Lehrbüchern der Nasenkrankheiten erwähnt es nur das Mackenzie'sche; auch dieser Autor hat trotz seiner grossen Erfahrung nur einen Fall beobachtet. LEFFERTS.

36) **Levy. Ueber die Verbiegungen der Nasenscheidewand.** Dissert. Strassburg. 1894

In seiner Dissertation theilt L. eine Beobachtung aus der Ohrenklinik

Kuhn's mit, dass bei der Digitaluntersuchung des Nasenrachenraumes sehr oft ein Schiefstand des hinteren Septumabschnittes und Asymmetrie der Choanen gefunden werde.

SEIFERT.

37) **John O. Roe. Die Behandlung der Nasenscheidewandverbiegungen. (The treatment of deviations of the nasal septum.)** *N. Y. Med. Journal. 7. April 1894.*

Vortrag gehalten auf dem XV. Jahrescongress der American Laryngological Association. R. giebt ein erschöpfendes und denen, die sich über den Gegenstand unterrichten wollen, sehr zu empfehlendes Resumé über die verschiedenen Behandlungsmethoden.

LEFFERTS.

38) **De Rossi** (Rom). **Neues Instrument zur Geradestellung des verbogenen Nasenseptums. (Nuovo strumento per raddaizzare il setto nasale deviato.)** *Arch. it. d'Otologia. 1893. H. 2.*

Das neue Instrument ist denjenigen von Adam, Jurasz und Delstanche ähnlich: aber es besitzt keine Zange, der Druck wird sanft durch eine Schraube ausgeübt. Das Instrument ist einfach und leicht. Es kann nach Bedürfniss wenige Minuten oder mehrere Stunden in situ verbleiben. Gute Abbildung im Texte.

TOTI.

39) **W. F. Chappell. Das ringförmige Nasenscheidewandmesser. (The annular septum knife.)** *N. Y. Med. Record. 10. Februar 1894.*

Eine Beschreibung des curetteartigen Instrumentes. Man gebraucht dasselbe so, dass man den Ring gegen die zu entfernenden Gewebe presst und das Messer mit mässiger Gewalt nach sich zu zieht. Kleine Ecchondrome schält man aus der Schleimhaut einfach aus, lässt diese aber vorn angeheftet, so dass man sie nachher ev. wieder an ihren Platz klappen kann. Grössere Ecchondrome entfernt man stückweise mit wiederholtem Ansetzen des Messers.

LEFFERTS.

40) **G. Major. Ein Nasenscheidewandmesser. (A nasal septum knife.)** *Lancet. 20. Mai 1894.*

Ein sichelförmig gebogenes Messer mit langem Stiel. Das Messer wird hinter den Auswuchs geführt und nach vorn gezogen. Zu beziehen bei Mayer u. Meltzer, London.

ADOLPH BRONNER.

41) **W. H. Bates. Eine neue Methode zur Behandlung des chronischen Nasenrachencatarrhs. (A new method of treatment of chronic naso-pharyngeal catarrh.)** *Phil. Med. News. 20. Januar 1894.*

Vor einigen Jahren konnte der Verf. mehrfach beobachten, dass Patienten, bei denen er durch Ausspritzung des Thränensacks und des Thränen-Nasenganges eine bestehende Dacryocystitis geheilt hatte, durch diese Behandlung auch eine Besserung ihres chronischen Nasenrachencatarrhs erfuhren. Diese Beobachtung veranlasste ihn, die Sache weiter zu verfolgen und auch Patienten ohne Symptome seitens der Thränenwege wegen ihres Nasopharyngealcatarrhs mit Ausspritzung der Thränenwege zu behandeln. Auf diese Weise hat er über 50 Patienten in den letzten Jahren mit gutem Erfolg behandelt. Von den Mitteln, mit denen er spritzte,

erwies sich das Olivenöl als das zweckmässigste. Argentum nitricum wurde in wässeriger Lösung von 0,25 bis 1,0 auf 30 verwendet; in mehreren Fällen wurde sogar eine gesättigte Lösung ohne Nachtheil gebraucht. Menthol in Olivenöl war ebenfalls nützlich; diese Lösung erforderte besondere Vorsicht beim Gebrauch, um die Dämpfe von den Augen abzuhalten. Schwache Jodlösungen wirkten in einigen Fällen ganz gut, schienen aber, wenn sie eine Zeit lang gebraucht waren, reizend zu wirken. Salzlösungen waren in ein paar Fällen ganz nützlich, Alaun-, Kupfer- und Zinklösungen schienen nicht besonders gut zu wirken; ebensowenig sah man von Sublimatlösungen oder verdünntem Campheröl etwas Gutes.

B. machte mehr als 5000 Oelinjectionen, ohne jemals etwas Nachtheiliges davon zu sehen; nach Injectionen andersartiger Lösungen zeigten sich manchmal geringe Störungen. Die Glasspritze zerbrach nie, verursachte überhaupt niemals eine Störung.

Den günstigen Effekt schreibt Verf. nicht der antiseptischen Wirkung zu. Das Oel wirkte nicht als Adstringens, reinigte auch nicht die Nase. B. erklärt seinen Erfolg durch eine Einwirkung auf das Nervensystem. Oele und Salben sind gut gegen Congestionen nach der Haut und Verdickungen derselben. B. denkt sich, dass das Oel von dem Nasengange aus durch osmotische Vorgänge in die Kopfhöhle eindringt und dort besänftigend auf die Nasennerven wirkt und die Congestion oder Hypertrophie der Schleimhaut verringert. **LEFFERTS.**

42) **Z. Dmochowski. Ueber secundäre tuberculöse Erkrankungen des Nasenrachenraumes bei Phthisikern. (O wtórnem cierpieniu jamy noso-gardzielowej u suchotników.)** *Gazeta lekarska. 1894.*

Eine interessante, wichtige Aufschlüsse über diese selten besprochene Affection bringende Arbeit, die auf 64 Untersuchungen des Nasenrachenraumes basirt ist. Das zur mikroskopischen Forschung benutzte Material umfasste 50 Fälle chronischer Lungentuberculose, von denen in 21 Fällen tuberculöse Veränderungen im Nasenrachenraum aufgefunden wurden.

Am häufigsten sah Verf. tuberculöse Veränderungen bei Miliartuberculose, öfters bei Tuberculosis pharyngis. Bei tuberculöser Kehlkopf- oder Darmphthise wurden analoge Processe im Retropharynx nur selten beobachtet. In 8 Fällen von Miliartuberculose hat Verf. sechs Mal Tuberculose des Nasenrachenraumes beobachtet. Sie zeigte einen chronischen Charakter und schien länger zu persistiren als der Process in den Lungen.

Nach ausführlicher Besprechung der anatomischen und physiologischen Verhältnisse des Nasenrachenraumes, der Wege der Infection und ihres Charakters, stellt D. folgende Schlussfolgerungen auf.

1. Eine secundäre tuberculöse Erkrankung des Nasenrachenraumes tritt sehr häufig auf, da dieselbe auf 64 Leichen 21 Mal constatirt worden ist.
2. Am häufigsten findet man sie bei Tuberculosis miliaria acuta.
3. Die in den Nasenrachenraum eindringenden Bacillen rufen zuerst oberflächliche, dann tiefere Veränderungen hervor. Die ersten Veränderungen betreffen das Epithel und das dicht unter denselben liegende Gewebe. Bei Fort-

schreiten des Processes werden die Lymphsinus afficirt, sodann das ganze lymphatische Gewebe mit Tuberkeln durchsetzt.

4. Die tuberculöse Entzündung des Nasenrachenraumes ruft immer Geschwüre hervor.

5. Die Affection ist fast immer secundär, doch bleibt eine primäre Erkrankung nicht ausgeschlossen. LUBLINER (HERYNG).

43) **E. Harrison Griffen. Der Verschluss des Nasenrachenraums durch syphilitische Verwachsung. (The occlusion of the post-nasal space by syphilitic adhesion.)** *N. Y. Med. Journal. 24. März 1894.*

Eine Operation ist gewöhnlich das beste Mittel selbst bei bloss partieller Verwachsung; die Dilatation ist ein langsames und unsicheres Verfahren. Bei der Operation soll so viel Gewebe wie möglich erhalten bleiben, jedoch die Oeffnung möglichst weit und ausgiebig gemacht werden, weil die Granulationen zu leicht wieder eine Vereinigung der beiden Enden herbeiführen. LEFFERTS.

44) **Siebenmann** (Basel). **Zwei Fremdkörper mit seltenem Sitz in den Luftwegen.** *Corr.-Bl. Schweizer Aerzte. H. 9. 1894.*

1. Keilförmiges Stück eines Wallnusskerns bei 6 jähr. Knaben in linken Bronchus gerathen und nach 5 Wochen schadlosen Verweilens ausgehustet.

2. Kleines Geldstück bei 1 jähr. Kinde beim Versuch der Entfernung aus dem Munde mit dem Finger in den Nasenrachenraum gestossen und dort 4 Tage verweilt.

Nach einer Statistik von M. Mackenzie bringt das Liegenlassen in den Bronchien in der Mehrzahl der Fälle keinen Schaden! — JONQUIERE.

45) **Thomas Annandale** (Edinburgh). **Ueber die Entfernung von fibrösen oder Nasenrachenraumpolypen. (On the removal of fibrous or naso-pharyngeal polypi.)** *Lancet. 17. Februar 1894.*

Verf. hebt hervor, dass nur eine sehr beschränkte Zahl dieser Tumoren entsprechend ihrer Lage und ihrer breitbasigen Anheftung mittelst der elektrischen Schlinge gründlich entfernt werden kann. Seine eigenen Beobachtungen haben ihn zu dem Schluss geführt, dass 1. wenn der Tumor nicht die Athmung behindert, eine vorherige Tracheotomie nicht erforderlich ist; 2. Chloroform das geeignetste Anästheticum ist; 3. die herabhängende Haltung des Kopfes für die Operation zu wählen ist.

Verf. operirt jetzt in folgender Weise: Er führt eine Schleife von starker Seide durch beide Seiten des weichen Gaumens, spaltet denselben dann rasch in der Mittellinie und zieht ihn mittelst der Seidenfäden auseinander. Dann enucleirt er den Tumor schnell oder trennt ihn von den umgebenden Geweben mittelst eines stumpfen Periost-Elevators und mit Hülfe der Finger und fasst ihn nahe seiner Ansatzstelle mit einer starken Zange, mit der er ihn abdreht. Schliesslich werden die Nasenhöhlen mit Jodoformgaze tamponirt und der Gaumen wieder vernäht. Auf diese Weise lässt sich nach des Verf. Meinung die Geschwulst rasch und gründlich und mit sehr geringem Blutverlust exstirpiren.

MACKENZIE-JOHNSTON.

46) **P. Bruns** (Tübingen). **Zur Operation der Nasenrachenpolypen.** *Beiträge z. klin. Chirurgie. XI. Bd. 3. 1894.*

Zur Enfernung von Nasenrachenpolypen mit retromaxillären und orbitalen Fortsätzen verzichtet Br. auf die Entfernung des Tumors im Zusammenhang und in einem Act, indem er den Nasenrachentheil auf dem Wege der natürlichen Zugänge beseitigt, während er den retromaxillären Theil mittelst temporärer Resection des Wangenbeins entfernt. Zwei in extenso mitgetheilte Krankengeschichten (und Abbildungen) sprechen sehr zu Gunsten dieses Vorschlages. SEIFERT.

47) **Lathuraz** (Lyon). **Ein Nasenrachenraumpolyp. (Polype naso-pharyngien.)** *Lyon médical. 10. Juni 1894.*

Der Polyp wurde mit der Loewenberg'schen Zange stückweise abgetragen. Heilung in 8 Tagen. A. CARTAZ.

48) **Woods. Fibrom des Nasenrachenraums. (Naso-pharyngeal fibroma.)** *Royal Academy of Medicine in Ireland. 2. Juni 1894.*

Der Fall war schon dreimal von anderen Aerzten operirt worden. Zuerst wurden Theile der Geschwulst mit der galvanischen Schlinge entfernt. Der Rest wurde mit einer galvanischen Curette exstirpirt: ein Stück starken Platindrahtes befestigt an den Enden von zwei kupfernen Stangen. ADOLPH BRONNER.

49) **Kaarsberg** (Kopenhagen). **Ueber Galvanochirurgie. (Om Galvanokirurgie.)** *Hospitals-Tidende. 7. Februar 1894.*

Der Verf. hat unter 8 Fällen von Angiom der verschiedenen Körperregionen ein Ang. cavernosum subcutaneum apicis nasi bei einem 4 Monate alten Kinde, ein A. cav. regionis buccalis bei einem 11jähr. Knaben und ein A. submucosum buccale bei einem 15 Monate alten Mädchen elektrolytisch behandelt. Nachdem ein Strom von 50 Milliamp. Stärke durch das Angiom während 5 Min. geleitet war, trat Schrumpfung und Heilung im Laufe von 14 Tagen ein. — In den folgenden Fällen hat der Verf. die elektrolytische Behandlung an Nasenrachenraumtumoren versucht:

1. 47jähriger Mann. Haselnussgrosser fibröser Tumor in der linken Seite des Nasenrachenraums. 11. Januar 1891 Chloroformnarkose, die negative Elektrode wird durch die Nase in die Geschwulst eingestochen, die positive, sehr umfangsreiche Elektrode an der Schultergegend angebracht. Während 7 Min. 200 Milliamp. und nachher 7 Min. 250 Mp. Der Tumor schwand im Laufe von 7 Tagen; kein Recidiv nach 2 Jahren.

2. 18jähriger Mann. Wurde früher mit Schlingen und Aufklappen der Nase etc. vergebens operirt. Jetzt (15. Mai 1890) ist der Nasenrachenraum theilweise von einem fibrösen Tumor ausgefüllt. 19. Mai Chloroformnarkose, beide Elektroden werden in den Tumor eingestossen. 300 Mp. 15 Minuten lang; nachdem die Lage der Nadeln geändert ist, nochmals 300 Mp. 15 Minuten hindurch. Temperatur wechselt zwischen 38,2 und 39,6 seit der Operation. Tumor ist sehr weich, theilweis gangränös, wird mittelst Zangen und Scheere nach vorheriger

Tracheotomie entfernt. 4. Juni geheilt entlassen. 3 Jahre nach der Operation kein Recidiv.

3. 16jähriger junger Mann. Die hintere Partie der linken Nasenhöhle ist von einem fibrösen Tumor erfüllt. 31. August 1891 Chloroformnarkose, negative Elektrode durch die Nase von vorne in die Geschwulst eingeführt; positive umfangsreiche (Unterleibs-) Elektrode auf die Brust. 140—150 Mp. 7 Minuten. 5. September keine Wirkung. 23. September Chloroformnarkose: Negative Elektrode von vorne durch die Nase, positive Elektrode (Nadel) durch eine zwischen dem weichen und harten Gaumen angelegte Spalte in den Tumor eingeführt. 240 Mp. 5 Min., nach Veränderung der Elektroden noch 320 Mp. 5 Minut. lang. Heilung. Nach $1^1/_2$ Jahren kein Recidiv.

4. 18jähriger Mann. Linke Hälfte des Nasenrachenraumes von einer fibrösen Geschwulst ausgefüllt. 19. Juni Chloroformnarkose: die Elektroden (Nadeln) werden durch die Nase und hinter dem Gaumen in die Geschwulst eingeführt. 200 Mp. 3 Min., darauf 340 Mp. 4 Min. lang. Der Tumor schrumpft nachher so weit, dass es möglich war am 1. Juli mittelst Schlinge ein grosses Stück zu entfernen. Später noch zweimal elektrolytische Behandlung (20. Juli und 1. August). 30 Mp. 7 Min. lang ohne Narkose. 10. August. Der Tumor verschwunden. — 2 Jahre nachher recidivfrei.

SCHMIEGELOW.

50) **R. P. Lincoln. Entfernung einer Nasenrachenraumgeschwulst mit dem galvanokaustischen Ecraseur. (Removal of a naso-pharyngeal tumor by the galvano-cautery écraseur.)** *N. Y. Medical Journal. 26. Mai 1894.*

Nichts von Bedeutung.

LEFFERTS.

51) **J. E. Mears. Naso- oder retro-pharyngeale Geschwülste. (Naso- or retro-pharyngeal growths.)** *Trans. Am. Surg. Assoc. Vol. XI. p. 245.*

Eine ausführliche Beschreibung der an einem $12^1/_2$ jährigen Knaben wegen eines occipito-pharyngealen Tumors vorgenommenen Operation.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

52) **J. Roncalli** (Bergamo). **Zur Casuistik der Nasenrachengeschwülste. (Contributo alla casuistica dei tumori naso-faringei.)** *Arch. it. d'Otologia. 1893. No. 2.*

Bei einem 24jährigen Pfarrer, der eine grosse, leicht blutende Geschwulst des Nasenrachenraums hatte, wandte R. vergebens die galvanische Ignipunctur an. Die Geschwulst war eine bösartige, und Pat. ging nach kurzer Zeit in marastischem Zustande zu Grunde. Keine histologische Untersuchung. R. nimmt an, es haben sich adenoide Vegetationen in eine bösartige Geschwulst umgewandelt. TOTI.

c. Mundrachenhöhle.

53) **Rethi** (Wien). **Das Rindenfeld, die subcorticalen Bahnen und das Coordinationscentrum des Kauens und Schluckens.** Aus dem physiologischen Institut der kk. Universität in Wien. Sitzungsberichte der kais. Akademie der Wissenschaften in Wien. Mathemat. naturwissenschaftliche Classe. Bd. CII. Abtheilung III. Juli 1893.

I. Die corticalen Centren des Kauens und Schluckens liegen nach vorne und aussen vom Rindenfeld der oberen Extremitäten. Ihre Reizung erzeugte typisches Kauen mit Lippen- und Zungenbewegungen und zwar von jeder Hemisphäre aus. Die Kaubewegungen überdauerten die einmalige Reizung um ein Beträchtliches und waren gewöhnlich von einem Schlingact gefolgt. Manchmal trat hierauf wieder Kaubewegung auf. Graphische Darstellungen auf dem Kymographioncylinder bringen verschiedene Typen zur Ansicht, wie sich Kau- und Schlingbewegungen zeitlich zur Reizung verhalten. Auch bei Ausschaltung der Sensibilität des Rachens und Mundes, bei Ablösung des Mundhöhlenbodens vom Unterkiefer, Amputation der Zunge, Ablösung der Masseteren und Pterygoidei vom Unterkiefer und Durchschneidung des Unterkiefers an beiden Kieferwinkeln folgte den intendirten, wenn auch theilweise nur angedeuteten oder ganz ausfallenden Kaubewegungen ein Schlingact und zwar immer 5—6 Secunden nach Beginn des Reizes. Es hängt also die ganze coordinirte Kau- und Schlingbewegung direct von der corticalen Reizung ab.

II. Die infracorticalen Bahnen und das Coordinationscentrum des Kauens und Schluckens. Das Coordinationscentrum liegt unterhalb oder innerhalb des Thalamus opticus zwischen den Stabkranzfasern und den Fasern des Pedunculus cerebri. Dort werden auf den Willensimpuls der Rinde hin die Kau- und Schluckbewegungen in ihrer richtigen Zeitfolge combinirt. Diese Willensimpulse verlaufen in Fasern von dem Rindencentrum durch die innere Kapsel und zwar von aussen oben nach innen unten.

Nach Abtragung des Sehhügels selbst folgt der Reizung der durch den Hirnschenkel verlaufenden Bahnen nunmehr eine einfache Contraction der Kaumuskeln ohne Zungen- und Lippenbewegung, sowie auch ohne Schlingact, also keine coordinirte Kau- und Schlingbewegung.

Dies die Ergebnisse der wichtigen Arbeit, deren Einzelnheiten im Originale nachzulesen sind, woselbst auch die Literatur berücksichtigt wird. CHIARI.

54) **Pobrak. Harter Schanker der Lippe. (Slutschai wnepolo wowo syphilisa.)** *Med. obosr. 1893. No. 17.*

Der Titel sagt alles. LUNIN.

55) **D. Gorokow** (Moskau). **Harter Schanker der Wangenschleimhaut. (Per witschneja twerdaja jaswa na slisistoi obolotschke tscheki.)** *Med. obosr. 1893. No. 17.*

Ein primäres syphilit. Geschwür auf der Wangenschleimhaut und „Plaques

syphilitiques" auf den Gaumenbögen und Mandeln bei einem 1 Jahr alten Kinde. Inficirt wurde das Kind durch seine 8 Jahre alte Schwester, die an syphilitischen Geschwüren der Lippe litt. Schmierkur, Heilung.

LUNIN.

56) **Poncet. Ein Fall von Actinomycose der rechten Wange und des Unterkiefers mit Ausbreitung auf die rechte Lunge. (Une observation d'actinomycose de la joue et du maxillaire inférieur droit avec propagation au poumon droit)** *Gazette hebdom. de Médecine et de Chirurgie. Paris. 1893.*

Die Actinomycose ist in Frankreich ein sehr seltenes Leiden; L. Dor, Laboratoriumschef an der chirurgischen Klinik von Poncet (Lyon) theilt einen sehr interessanten Fall derselben mit. Die betreffende Kranke hatte an der Parotis- und Unterkiefergegend grosse harte Geschwulstmassen, die ebenso an der Haut, wie am Knochen adhärent waren; ausserdem bestand in der ganzen Schläfengegend eine harte, nicht phlegmonöse Schwellung. Es existirten 6 Fistelgänge, von denen 3 blind in der Backe endigten und von Zeit zu Zeit eiterten. In diesem Eiter wurden die characteristischen gelben Actinomyceskörnchen nachgewiesen; Cultur- und Uebertragungsversuche sicherten weiterhin die Diagnose. Die Ausdehnung des Processes und besonders sein Uebergreifen auf die Lunge verboten jeden Eingriff.

H. MENDEL.

57) **S. B. Duplaix. Zungenpapillenentzündung. (Papillite linguale.)** *Gazette des hôpitaux. 1893.*

In Lavallois consultirten eine Anzahl Kranke Dr. Coupard wegen einer Zungenaffection. Die Patienten klagten über Beschwerden an der Zunge, besonders beim Essen; in einigen Fällen existirten Schmerzkrisen von neuralgischem Character. Vom Schmerz abgesehen, fehlte jedes Symptom. Bei der gewöhnlichen Inspection der Zunge war nichts zu sehen; mit der Loupe aber erkannte man namentlich an der Spitze und an den Rändern der Zunge kleine ulcerirte Stellen; die Berührung dieser Punkte löste den Schmerz aus. Die Affection scheint ihren eigentlichen Sitz in den Papillae filiformes zu haben. Diese Feststellung war von Wichtigkeit zur Beruhigung der Kranken, die durch den lebhaften Schmerz erschreckt, nichts anderes glaubten, als das sie den Zungenkrebs hätten. Die Behandlung bestand in Cauterisationen mit einer sehr feinen Spitze. Die Besserung war eine sehr rasche und augenscheinliche. Allein es ist schwer, sämmtliche Punkte auf einmal zu ätzen; Recidive waren deshalb nicht selten.

H. MENDEL.

58) **Villeguey. Ueber die malignen Geschwülste des Gaumendaches. (Essai sur les tumeurs malignes de la voute palatine.)** *Thèse de doctorat. Paris. 1893.*

Die Tumoren des Gaumendaches sind characterisirt in histologischer Hinsicht durch ihren complicirten Bau und in klinischer Hinsicht durch ihre zweizeitige Entwicklung. Sie entwickeln sich schnell und werden bösartig, nachdem sie lange Zeit stationär geblieben sind. Sie sind am Gaumendach sehr viel seltener als am Gaumensegel; sie sind encystirt und ihre bindegewebige Umhüllungsmembran schützt ihre Nachbarschaft lange Zeit vor der malignen Invasion.

Das Sarcom scheint am Gaumen ganz rein vorzukommen; es ist dabei um so bösartiger, je mehr es sich in seinem Bau dem embryonalen Gewebe nähert. Das primäre Epitheliom kommt in zwei Formen vor: als runder Tumor oder ulcerirt mit indurirten Rändern. Sein Verlauf ist ein rapider, es tendirt sehr zur Ausbreitung und ist gewöhnlich von Drüsenschwellung begleitet. Die Prognose ist ungewiss für gemischte Tumoren, stets infaust für das Epitheliom.

H. MENDEL.

59) **Troisier u. Achaline. Eine parasitäre Angina, verursacht durch eine Hefe und klinisch dem Soor gleichend. (Sur une angine parasitaire causé par une levure et cliniquement semblable au muguet.)** *Archives de Médecine expériment. et d'Anatom. pathol. Paris. 1893.*

Es handelt sich um eine membranöse Angina bei einem Typhuskranken, die klinisch wie Soor aussah, jedoch nicht durch Oidium albicans erzeugt war. Die mikroskopische Untersuchung des Exsudats ergab einen anderen Mikroorganismus. An gefärbten Präparaten sah man den Parasiten in Form von ovoiden Kügelchen von 8—9 μ im Längsdurchmesser in Gruppen von 8—10 Gliedern zwischen den Epithelzellen vereinigt; grössere und kleinere Knospen deuten auf eine energische Proliferation; nirgends findet man Fäden, die an den Soorpilz erinnern. Auch die Culturen, die die Verf. anlegen, sind von denen des Soorpilzes verschieden. Auf den verschiedenen Culturmedien entwickeln sich Hefezellencolonien, die morphologisch denen des Exsudates gleichen. Es handelt sich danach um eine echte Hefe, deren biologische Eigenschaften folgende sind: sie erträgt ziemlich gut eine gewisse Acidität des Nährbodens, sie regt Fermentationen an, die den alkoholischen Gährungen ähnlich sind und entwickelt bei denselben auch riechende Substanzen. Nach allem muss diese Hefe als eine den gewöhnlichen industriellen Hefen ähnliche angesehen werden, die von Natur unschädlich, bei der Verpflanzung auf ein dazu besonders vorbereitetes Medium pathogen geworden ist. Die Behandlung mit Alkalien erwies sich als wirksam. Die Differentialdiagnose gegenüber dem Soor wäre ohne Hilfe des Mikroskops nicht möglich gewesen. H. MENDEL.

60) **Buschke** (Greifswald). **Die Tonsillen als Eingangspforte für eitererregende Mikroorganismen.** *Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie. 38. Bd. 4. und 5. Heft. 1894.*

Eine Reihe von klinischen Beobachtungen führen B. zu dem Urtheil, dass die Tonsillen eine grosse Rolle als Eingangspforte für Eitermikroorganismen spielen, eine grössere jedenfalls als Darm- und Respirationstractus. Höchstwahrscheinlich passiren die Bakterien die Tonsillen nicht, ohne dann auch leichte Störungen in diesen zu verursachen, die aber in der Mehrzahl der Fälle nicht weiter zur Beobachtung kommen; jedenfalls sind keine gröberen Störungen, wie Ulceration oder Diphtherie der Schleimhaut, nothwendig. Es geht daraus hervor, dass der Pflege des Rachens und Mundes nicht nur eine local-hygienische Bedeutung zukommt, sondern dass sie auch von Werth ist zur Verhütung von Allgemeinkrankheiten.

SEIFERT.

61) **Gouguenheim** und **Ripault. Peritonsilläre Abscesse. (Des abscès periamygdaliens.)** *Bulletin Soc. méd. des hôpitaux. 19. Juli 1894.*

Kurzer Bericht über 5 Fälle von peritonsillärem Abscess mit einer genauen Beschreibung der Symptome dieser wohlbekannten Krankheit. A. CARTAZ.

62) **J. H. Pritchard. Ein Fall von Rheumatismus mit vorhergehendem Anfall von Mandelentzündung. (Case of rheumatism preceded by an attack of tonsillitis.)** *Hahnemannian Monthly. Januar 1894.*

Der Patient hatte eine eitrige Mandelentzündung; am fünften Tage dieser Erkrankung schwoll ihm der linke Knöchel, der roth und schmerzhaft war und einen Tag darauf das rechte Knie. Unter dem Gebrauch von Salicylsäure besserten sich die Symptome. Der Verf. bemerkt dazu, diese Behandlung sei zwar nicht homoeopathisch, scheine aber doch wirksam zu sein.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

63) **S. Loving. Acute folliculäre Tonsillitis. (Acute follicular tonsillitis.)** *Trans. Assoc. Americ. Physicians. Vol. XIII. p. 177.*

Ursache der Erkrankung ist die Infection mit einem specifischen Keim. Verf. bespricht die Differentialdiagnose zwischen dieser Krankheit und der Diphtherie.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

64) **E. Fletcher Ingals. Folliculäre Tonsillitis, Schwellungsrhinitis, Cauterisation. Hypertrophische Rhinitis. (Follicular tonsillitis. Intumescent rhinitis, Cauterisation. Hypertrophic rhinitis.)** *International Clinics. Vol. IV. 2. Serie. p. 355.*

Eine klinische Vorlesung. Nichts Neues. LEFFERTS.

65) **Redactionelle Notiz. Acute Tonsillitis. (Acute amygdalitis.)** *N. Y. Med. Journal. 9. Juni 1894.*

Die Notiz giebt ein kurzes Referat über einen in der Gazette médicale de Paris publicirten Artikel, in welchem die Aetiologie, Natur, Pathogenese etc. behandelt werden. LEFFERTS.

66) **Pepin. Ueber die Contagiosität der acuten Mandelentzündung. (De la contagiosité de l'amygdalite aigue)** *Thèse de Paris. 1894.*

Aus einer gewissen Anzahl von persönlichen Beobachtungen und aus den von Landouzy, Dubousquet-Laborderie, Fraenkel etc. mitgetheilten Fällen schliesst P., dass die Mandelentzündung, selbst in ihren einfachen Formen, eine contagiöse Krankheit ist, wenn auch der Ansteckungsmodus im Einzelfalle schwer zu erklären ist. A. CARTAZ.

67) **Miles. Gegen Mandelentzündung. (Tonsillitis.)** *N. Y. Medical Record. 17. März 1894.*

Rp.	Ol. eucalypti glob.	1,0
	Spir. camphorat.	5,0
	Tct. Guajac.	10,0
	Glycerin	q. s. ad. 30,0.

10 Tropf. auf Zucker im Mund zu lösen, 1 oder 2stündl. LEFFERTS.

68) **H. F. Ivins. Guiacum bei Erkrankungen der Mandeln und des Rachens. (Guajacum in diseases of the tonsils and pharynx.)** *Journal Ophthalm.. Otol. and Laryngology. Januar 1894.*

J. empfiehlt die Anwendung dieses Mittels, 1 Tropfen $^1/_2$ stündl., bei acuter und folliculärer Tonsillitis, bei Pharyngitis, im Beginne acuter und subacuter Rachencatarrhe; ferner bei chronischem Rachencatarrh zur Verhütung acuter Exacerbationen. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

69) **Jas. H. Raymond. Lokale Anwendung von Guajacol bei acuter Mandelentzündung. (Guajacol topically in acute tonsillitis.)** *N. Y. Medical Record. 24. März 1894. Phil. Med. News. 28. April 1894.*

R. hat mit der lokalen Application von reinem Guajacol in der Behandlung der acuten Tonsillitis gute Erfolge erzielt. Die Application ist stets etwas peinlich und von mässiger Reizung begleitet, die auch durch vorherige Cocainisirung nicht zu verhüten ist, deren Dauer in der Regel aber eine kurze ist. Die Schmerzen werden fast unmittelbar gebessert und auch die Temperatur sinkt in fieberhaften Fällen sofort etwas. Die Auftragung des Guajacols geschah mit Wattebäuschen; eine 50 proc. Lösung in Oel ist weniger wirksam als das reine Guajacol. Der therapeutische Effekt scheint in Fällen von oberflächlicher oder lacunärer Tonsillitis ausgesprochener zu sein, als bei der phlegmonösen Form. LEFFERTS.

70) **A. Thouvenet. Tonsilläre Nephritis. (Tonsillar nephritis.)** *N. Y. Medical Journal. 5. Mai 1894.*

Th. berichtet über den Fall einer Frau von 45 Jahren, die plötzlich mit acuter lacunärer Mandelentzündung erkrankte. 10 Tage nach Beginn dieser Erkrankung hatte sie Kopfschmerz, Schwindel und heftige Dyspnoe. Am Herzen constatirte man Galopprhythmus, die Augenlider und Beine waren oedematös, der Urin stark eiweisshaltig. Nach 4wöchentlicher Behandlung verschwand die Albuminurie, die Pat. blieb dann gesund. Verf. ist überzeugt, dass zahlreiche Fälle von Nephritis, die auf Erkältung zurückgeführt werden, in Wirklichkeit mit Attaken von Entzündung der Mandeln, die übersehen wurden, zusammenhängen und dass bisweilen die Nephritis der primären Tonsillitis sich erst nach so langer Zwischenzeit anschliesst, dass der Zusammenhang beider leicht dem Nachweis entgeht.

LEFFERTS.

71) **Lermoyez, Helme** u. **Barbier** (Paris). **Ein Fall von chronischer Mandelentzündung durch das Bakterium coli commune. (Un cas d'amygdalite chronique coli-bacillaire.)** *Bull. soc. méd. des hôpitaux de Paris. 22. u. 28. Juni 1894.*

Pat., ein 17jähr. junger Mann, erkrankte wiederholt an Mandelentzündungen ohne Abscedirung. Bei der letzten Attacke dauerte das Fieber einige Tage, verschwand dann; die Mandeln aber blieben geschwollen, mit weisslichen Stellen bedeckt. Der Pat. war ohne Appetit, mit leichten Schluckbeschwerden. Gurgelwässer und Pinselungen aller Art blieben ohne Erfolg. Beide Mandeln boten ganz das Bild einer Pharyngomycose. Man versuchte, die Herde mit dem Galvanokauter

zu zerstören; die weissen Flecke bildeten sich aber neu. Darauf wurden die Mandeln exstirpirt, womit die vollständige Heilung erzielt war.

Die Untersuchung der weissen Flecke und der Mandelgewebe selbst ergab die reichliche Anwesenheit von Bakterium coli commune bei Fehlen aller anderen Mikroorganismen. L. macht auf diese Abart von Tonsillitis besonders aufmerksam; entsprechend der Massenhaftigkeit und der starken Vermehrungsfähigkeit dieses Bakteriums recidivirt sie sehr leicht. A. CARTAZ.

72) **S. C. Delap. Die Behandlung hypertrophischer Tonsillen. (Treatment of hypertrophied tonsils.)** *Journal Ophthalm., Otology and Laryngology. Januar 1894.*

Verf. empfiehlt die Abscision. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

73) **S. G. Dabney. Electropunctur zur Verkleinerung hypertrophischer Tonsillen. (Electro puncture for reducing tonsillar hypertrophy.)** *Medical and Surgical Reporter. 3. Februar 1894.*

D. glaubt, dass die allgemeine ärztliche Strömung gegen den Gebrauch des Tonsillotoms bei Erwachsenen wegen der Gefahr der Nachblutung und für die Electropunctur ist. W J. SWIFT (LEFFERTS).

74) **Edward J. Kuh. Die Galvanopunctur bei Hypertrophie der Mandeln. (Galvano-puncture for hypertrophied tonsils.)** *Philad. Med. News. 17. März 1894.*

Nach Verf. bedarf es nie mehr als 2 Sitzungen — und gewöhnlich reicht eine aus — um selbst die grössten Mandeln zu normaler Grösse zu verkleinern; Die Methode, deren er sich bedient, ist folgende: Der Galvanokauter wird so tief wie möglich in eine Lacune nach der anderen eingedrückt und ein paar Secunden lang auf Weissglühhitze erhitzt. Danach werden mit einer flachen Electrode oder einer zweckmässig gebogenen nadelförmigen Electrode mehrere Furchen über die ganze Fläche der Tonsille eingebrannt. Der Schmerz danach ist nur gering oder fehlt ganz; die Schorfe stossen sich in den nächsten 14 Tagen ab; das Maximum der Schrumpfuug erreicht die Mandel erst nach 4 Wochen. LEFFERTS.

75) **J. P. Hudnut. Die Galvanopunctur bei Mandelhypertrophie. (Galvanopuncture for hypertrophied tonsils.)** *Philad. Med. News. 14. April 1894.*

H. hat von der Galvanopunctur in mindestens 500 Fällen Gebrauch gemacht und dabei niemals den Patienten irgend heftigere Schmerzen leiden sehen. Jede Mandel erforderte 2—4 Sitzungen; vorher wurden 4—10 proc. Cocainlösungen eingepinselt. Der Erfolg der Operation war stets ein günstiger; dieselbe ist durchaus unblutig. LEFFERTS.

76) **Albert Ruault. Eine neue chirurgische Behandlungsmethode für die Mandelhypertrophie. (Sur une nouvelle méthode de traitement chirurgical de l'hypertrophie tonsillaire.)** *Courrier Médical. 1893.*

Nachdem zuvor die Mandeln von ihren Verwachsungen mit den Gaumenbögen getrennt sind, was absolutes Erforderniss ist, trägt man die hervorragenden Partien

der Mandeln mit der von Ruault angegebenen, von Mathieu construirten Zange ab. Mit 3 oder 4 maligem Fassen entfernt man ein gutes Stück; die Blutung ist durchaus unbedeutend, der Schmerz gleich Null. Die blutenden Stellen werden dann mit einem in Jodlösung getauchten Wattetampon energisch gerieben. Das ganze Verfahren ist ein schnelles und wird von den Kindern anscheinend leichter ertragen als die Ignipunctur.

H. MENDEL.

77) **Whitfield Ward. Neue Gedanken über wohlbekannte Operationen. (New ideas with reference to well known operations.)** *Phil.. Med. News. 17. Februar 1894.*

Die Operationen, von denen W. spricht, sind die Tonsillotomie und die Amputation des Zäpfchens. Die Neuen Gedanken vermochte der Ref. trotz sorgfältiger Lectüre der Arbeit nicht zu finden; es müsste denn die Injection einer 10proc. Lösung von Cocain und Ferrum subsulphur. in die Tonsille vor ihrer Amputation zur Verhütung der Blutung als neuer Gedanke gelten. Der Verf. sagt hierüber: „Von 10 Fällen, in denen ich beim Erwachsenen das Verfahren übte, war die Operation 4 mal so gut wie unblutig, während in den übrigen Fällen der Stumpf ganz leicht und nur ganz kurze Zeit blutete.“ Allein ganz dasselbe kann man doch sehr oft beobachten, auch ohne vorhergehende Injection.

LEFFERTS.

78) **S. Boyd. Tonsillotom. (Tonsillotome.)** *British Medical Journal. 16. Juni 1894.*

Aehnlich wie Mackenzie's Tonsillotom. Der Griff ist viel dicker und unten mit Einkerbungen für die Finger versehen. Die Mandel wird mit einem Ringmesser, ähnlich wie bei Matthieu entfernt. Ein Schieber unten am Schaft, für den zweiten Finger, bewegt das Ringmesser. Weiss u. Co., London, liefern das Instrument.

ADOLPH BRONNER.

79) **Marcel** (Bukarest). **Abschnürung der Mandeln. (Strangulatiunea amigdalelor.)** *Romania medicala. 1894. No. 3.*

Verf. versteht unter Abschnürung oder Strangulirung der Mandeln die Abtragung derselben mittelst der kalten Schlinge, welches Verfahren er von Novbr. 1892 bis Januar 1894 in 50 Fällen bei Kindern und Erwachsenen, sowohl im Krankenhaus (Verf. ist Vorstand der rhinolaryngologischen Abtheilung des Brankoveneseer Krankenhauses) als in der Privatpraxis mit bestem Erfolg angewandt hat und darum gegen Mc. Bride (Centralblatt IX, Seite 623) in Schutz nimmt. Nur bei Erwachsenen kann manchmal die Derbheit der Gewebe und der Wunsch Blutung durchaus zu vermeiden, dazu veranlassen, der galvanischen Schlinge den Vorzug zu geben.

SENTINON.

80) **Philip de Santi** (London). **Blutungen nach der Tonsillotomie; ihre Ursachen und Behandlung. (Haemorrhage following tonsillotomy; its causes and appropriate treatment.)** *Lancet. 13. Januar 1894.*

In erschöpfender und trefflich geschriebener Uebersicht stellt Verf. die Literatur dieser Frage zusammen. Er kommt zu dem Urtheil, dass die Tonsillo-

tomie fast stets ein sicheres und zufriedenstellendes Verfahren darstellt und nur verschwindend selten ernsthafte oder gar bedrohliche Blutungen, besonders bei Kindern, danach folgen. Freilich solle der Chirurg stets an die Möglichkeit einer solchen denken und sich auf dieselbe vorbereiten. Verf. zieht das Mackenzie'sche Tonsillotom jedem anderen Instrumente vor. Er berichtet über 3 Fälle von stärkeren Blutungen, zwei bei Mädchen von 8 und 15 Jahren und einer bei einem 19jährigen jungen Mann. MACKENZIE-JOHNSTON.

81) **A. Barkan. Ein Fall von tödtlicher secundärer Blutung nach Entfernung der Gaumen- und Rachentonsillen. (A case of fatal secondary hemorrhage after removal of the faucial and pharyngeal tonsils.)** *Philad. Medical News. 14. April 1894. Occidental Med. Times. März 1894.*

Die beiden Mandeln wurden bei einem 6jährigen Knaben mittelst der Guillotine, die Rachentonsille mit der Gottstein'schen Curette entfernt. Die Blutung war ziemlich reichlich, stand aber bald, so dass das Kind nach $^{1}/_{2}$ Std. nach Hause geführt werden konnte. Ein paar Stunden später erbrach das Kind eine Quantität Blut; da man jedoch eine blutende Stelle im Nasopharynx nicht entdecken konnte, überhaupt im Augenblick nichts blutete, nahm man an, dass dieses Blut während der Operation verschluckt war. $2^{1}/_{2}$ Std. später fing das Kind, das eine Zeit lang unruhig und aufgeregt war, an zu schreien und zu husten und erbrach grosse Massen von geronnenem Blute, während gleichzeitig frisches Blut aus Nase und Mund floss. Es wurden dem Kinde Stimulantien gegeben, dann wurde es ätherisirt und die ganze blutende Fläche des Halses mit dem Paquelin geglüht. Als das Kind aus der Narkose erwachte, floss noch wenig Blut aus der Nase; beim Versuch aber, dem widerstrebenden Kinde den Mund zu öffnen, brach plötzlich ein neuer Blutstrom hervor und das Kind starb. Die Ursache dieser tödtlichen Nachblutung sieht der Verf. in dem Schreien und Würgen, durch das die weichen frischgebildeten Thromben aus einigen Mandelarterien losgerissen wurden.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

82) **Sacaze** (Montpellier). **Ueber Amygdalitis lacunaris caseosa tuberculösen Ursprungs.** *Arch. gén. de méd. Januar 1894.*

Es handelt sich um einen 22jährigen Soldat, bei dem das gleichzeitige Vorhandensein einer ausgedehnten und chronischen Anschwellung der Halsdrüsen und einer Amygdalitis lacunaris caseosa den Verf. dazu anregte, den Inhalt der tonsillären Herde einer mikroskopischen Untersuchung zu unterziehen. Verf. constatirte dabei den Koch'schen Bacillus in denselben. Der Allgemeinzustand war gut, die Lungen gesund. LUC.

83) **Tussau** (Macon). **Tuberculose der Mandeln. (Tuberculose des amygdales.)** *Lyon méd. 22. April 1894.*

Verf. hat drei Fälle von Tuberculose der Tonsillen beobachtet. Er ist der Meinung, dass chronische Läsionen der Tonsillen zur tuberculösen Infiltration prädisponiren.

Die drei Fälle sind trotz aller therapeutischen Versuche unverändert geblieben.

LUC

84) **Walter J. Chappell. Zwei Fälle von Schanker der Mandel. (Two cases of chancre of the tonsil.)** *N. Y. Med. Record. 27. Januar 1894.*

Die linke Mandel war mässig geschwollen und an ihrem oberen Theile sehr hart; ihre Oberfläche war geröthet und zeigte am oberen Ende eine kleine, oberflächliche, graulich verfärbte Ulceration; unter derselben sass ein wenig graue, klebrige Flüssigkeit der Fläche an. Eine zweite ähnliche oberflächliche Ulceration sass an der vorderen Fläche des weichen Gaumens, gerade oberhalb des Randes des Arcus palatinus, dicht bei dem Zäpfchen. Die umgebenden Gewebe waren mässig roth und hart. Die beiden Gaumenbögen, besonders aber der hintere, waren geröthet und hart. Die gleiche Beschaffenheit zeigten die Gewebe in der linken seitlichen Falte des Rachens und weiter hinauf hinter dem weichen Gaumen. Die rechte Mandel und alle andern Theile des Rachens und Mundes waren gesund. Es wurde ein primärer Schanker diagnosticirt und Quecksilber gegeben. Drei Tage nachher kam ein fleckiges Exanthem an Brust und Rücken, Hals und Armen zum Vorschein. Der Hals besserte sich bald, die Härte der Tonsille und der Submaxillardrüse wurde zusehends geringer.

Vom zweiten Falle fehlen näherer Angaben. LEFFERTS.

85) **A. Guépin u. H. Ripault** (Paris). **Symptomatologie der Geschwülste der Mandel, ihre Diagnose, Indicationen und Operationsmethoden. (Seméiologie des tumeurs de l'amygdale. Leur diagnostic. Indications et procédés operatoires.)** *Gazette des hôpitaux. 23. Juni 1894.*

Eine kritische Zusammenstellung der subjectiven und objectiven Symptome der benignen und malignen Mandeltumoren, ihrer Differentialdiagnose und ihrer Therapie. A. CARTAZ.

86) **Verneuil** (Paris). **Exstirpation eines Sarcoms der Tonsille.** *Soc. de chir. 28. November 1893.*

Seit 3—4 Monaten hatte Pat. (ein junger Mann) die Vergrösserung seiner Tonsille bemerkt. Als Verf. den Pat. zum ersten Mal sah, hatte die Geschwulst die Grösse einer kleinen Orange erreicht, und das Gaumensegel sowie die Rachenwand, besonders aber die Basis der Zunge bereits ergriffen. Kein Schmerz, aber Erschwerung der Sprache, des Schluckens und der Athmung.

Die Operation wurde auf folgende Weise ausgeführt: Von der Commissur der Lippen aus wird eine Incision nach dem unteren Rande des Kiefers und von hier längs desselben bis zur aufsteigenden Apophyse geführt. Während der so gebildete Hautlappen abgelöst wird, schont man die Mucosa buccalis, um das Eindringen des Blutes in den Mund zu verhindern. Dann wird der Lappen nach oben umgeklappt.

Aus der auf diese Weise aufgedeckten Regio submaxillaris werden die erkrankten Lymphdrüsen weggeräumt; die submaxilläre Speicheldrüse wird ebenfalls exstirpirt und hierauf die Regio suprahyoidea eröffnet. Danach Ligatur der Carotis externa, was dem Operateur ermöglicht, die Operation fast blutlos fortzusetzen. Dann erst wird die dem Kiefer noch anhaftende Schleimhaut durchschnitten und

nach oben umgeklappt; so dass jetzt die Mundhöhle breit eröffnet ist und man die Geschwulst in voller Bequemlichkeit fassen kann.

Nachdem der Tumor vom Gaumen und Rachen mittelst des Paquelins gelöst ist, erscheint er deutlich gestielt; aber der Stiel kann nur schwer in die Tiefe nach der Zungenbasis hin verfolgt werden. Darauf wird von der Geschwulst so viel als möglich fortgeschnitten; statt aber die Operation vom Munde aus fortzusetzen, zieht man jetzt die Basis der Zunge durch die oben erwähnte suprahyoideale Oeffnung heraus und exicidirt alles sarcomatöse Gewebe über die Grenzen des gesunden hinweg in radicaler Weise. Der Verlauf nach der Operation war äusserst glatt; keine Spur von Entzündung, was Verf. theilweise dem antiphlogistischen Einfluss der Ligatur der Carotis zuschreibt. LUC.

87) **J. Solis-Cohen. Sarcom der Tonsille; Exstirpation vom Munde aus. (Sarcoma of tonsil; evulsion through the mouth.)** *Phil. Med. News. 27. Januar 1894.*

Die Geschwulstmasse war etwa klein-hühnereigross; sie war fast vollständig von dem ausgedehnten und adhärenten weichen Gaumen bedeckt; nur ein kleines Stück der Tonsille an ihrem äussersten inneren Theile lag bloss. Die Tonsille schien von der gesammten Masse ein etwa wallnussgrosses Stück auszumachen. Der Tumor streckte sich in konischer Gestalt am harten Gaumen hin aus. Seine äussere Umgrenzung liess sich mit dem Finger von hinten genau bestimmen. Drüsen waren nicht geschwollen. Schmerzen bestanden nicht und waren auch während der Entwicklung der Geschwulst nicht vorhanden gewesen. Es bestand leichte Dysphagie und eine gewisse Behinderung der Stimme und der Articulation, jedoch alles rein mechanischer Natur. Man entschloss sich die Geschwulst per os zu entfernen. Nach Ablösung der adhärenten Gaumenbögen von der Tonsille wurde ein Theil derselben mit der Zange entfernt. Die mikroskopische Untersuchung dieses Stückes bestätigte die Diagnose: Sarcom und die weitere Exstirpation des Tumor wurde nun folgendermaassen ausgeführt:

Der Pat. sass; der Gaumen und Rachen wurde mit Cocain eingepinselt. Dann wurde der weiche Gaumen mit dem elektrischen Glühmesser so gespalten, dass die Geschwulst in verticaler Richtung blosslag. Dieselbe wurde nun theils durch Ausschälen mit dem Finger, theils durch Abschneiden mit der Zange stückweise exstirpirt. Da der Tumor dem Periost des Proc. palatinus des Oberkiefers adhärent war, wurde ein grösseres Stück vom Periost fortgenommen. Die Blutung war erheblich, stand aber leicht durch Compression. Die rauhen Flächen wurden erst mit dem Fingernagel gründlich abgekratzt und von den letzten Geschwulstpartikeln befreit; dann wurden sie mit kleinen Schwämmen, die in unverdünnte Milchsäure getaucht waren, energisch abgerieben und sich selbst überlassen.

LEFFERTS.

88) **Clinton Wagner. Sarcom der Tonsille bei einer 89jährigen Frau; Heilung durch Operation. (Sarcoma of the tonsil. Patient eighty nine years of age. Operation. Cure.)** *N. Y. Med. Record. 3. Februar 1894.*

Man fand bei der Untersuchung eine Geschwulst an der rechten Tonsille, die die ganze rechte Schlundhälfte ausfüllte. Dieselbe reichte nach innen bis zu dem

Zäpfchen, das zur Seite gedrängt war; der weiche Gaumen war nach oben und hinten gepresst; nach unten reichte der Tumor in den Pharynx bis zum Grunde der Zunge. Der vordere Gaumenbogen war nach vorn gedrängt und ganz straff gespannt. Die Farbe der Geschwulst war dunkelroth, gefrorenem Fleisch ähnlich. Mit der galvanischen Schlinge wurde die Geschwulst ohne Schwierigkeiten entfernt. W. schliesst: „Nach 10 Wochen boten die Theile ein ganz normales Aussehen. Die Pat. hatte keinerlei Beschwerden, sie fühlt sich wohl, sieht besser aus als vor der Operation und dürfte noch manches Jahr leben". — Vielleicht; allein es ist wohl 10 Wochen nach der Operation doch noch verfrüht, den Fall (die mikroskopische Untersuchung ergab ein Sarcom) als geheilt zu classificiren.

LEFFERTS.

89) **M. J. Asch. Endotheliom der Tonsille. (Endothelioma of the tonsil.)** *N. Y. Eye and Ear Infirmary Reports. Januar 1894.*

Der Fall betrifft eine 35jährige Frau. Die Geschwulst wurde mit dem Galvanokauter entfernt und recidivirte. In pathologischer Hinsicht ist der Fall von besonderem Interesse; es ist noch kein Fall von Endotheliom der Tonsille bekannt.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

90) **A. Grjasnow. Ein Fall von primärem Erysipel des Pharynx mit Uebergang auf die Gesichtshaut. (Slutschai per witschnoi roschi glotki, pereschedschei na koschu liza.)** *Russ. Med. 1893. No. 26.*

Der Titel enthält den ganzen Inhalt.

LUNIN.

d. Diphtheritis und Croup.

91) **Orth** (Göttingen). **Zur Geschichte der Diphtherie und anderer Infectionskrankheiten.** Arbeiten aus dem patholog. Institut in Göttingen. Verlag von A. Hirschwald. Berlin. 1893.

Die Ausführungen Orth's sind im Wesentlichen gegen die Aeusserungen Behring's (Geschichte der Diphtherie) über die pathologische Anatomie gerichtet.

SEIFERT.

92) **Kondrevetzky. Experimentelle Untersuchungen über die Immunisirung gegen die Diphtherie. (Recherches expérimentales sur l'immunisation contre la diphthérie.)** *Archives de Méd. expérimentale et d'Anatomie pathol. 1893.*

Nach einem sehr ausführlichen geschichtlichen Ueberblick über die Immunisirungsfrage berichtet der Verf. über seine Versuche an Hunden und Kaninchen, aus denen er folgende Schlüsse zieht:

Wenn ein Thier nach Vergiftung mit einer starken Dosis diphtheritischen Giftes kurze Zeit nach der Injection getödtet wird, so erweist sich sein Serum als giftig für Meerschweinchen; es tödtet diese und zwar ruft es dieselben Erscheinungen hervor, die man nach der Injection kleiner Mengen diphtheritischen Giftes beobachtet. Tödtet man das Thier erst 20 Stunden nach der Vergiftung, so ist sein Serum nicht mehr toxisch und macht Meerschweinchen, denen man es

injicirt, refractär gegen das Diphtherievirus: das Serum wirkt jetzt also wie antitoxisches Serum. Practische Ergebnisse der Immunisirung gegen Diphtherie stehen aber noch aus.

In einer zweiten Versuchsreihe studirt der Verf. die immunisirenden Eigenschaften der Bacillenleiber der Diphtheriebacillen. Er findet, dass dieselben nur eine sehr schwache und auch inconstante immunisirende Kraft haben.

Eine dritte Versuchsreihe prüft die Wirkung einiger chemischer Desinficientien, besonders des Jods, des Ozons und des Kaliumpermanganats, auf die Diphtheriebacillen und ihre Toxine. Schliesslich theilt K. einen Immunisirungsversuch an einer Ziege mit, deren Milch antitoxisch befunden wurde; als die Milchsecretion aussetzte, wurden dem Thiere Aderlässe gemacht und auch das Serum war antitoxisch.

H. MENDEL.

93) **Samuel Wilks** (London). **Sir W. Jenner über Diphtherie und Fieber. (Sir W. Jenner on diphtheria and fevers.)**

94) **George Johnson** (London). **Diphtherie und Mängel in der Canalisation. (Diphtheria and defective drainage.)**

95) **Sidney Davies** (Plumstead). **Dasselbe.** *British Medical Journal. 11. und 18. November 1893.*

Briefe an den Herausgeber, in denen Jenner's Anschauungen von der Unabhängigkeit der Diphtherie von den schlechten hygienischen Verhältnissen besprochen werden.

MACKENZIE-JOHNSTON.

96) . . . . **Die Diphtheritis-Epidemie in London. (The diphtheria epidemic in London.)** *Brit. Med. Journal. 18. November 1893.*

Eine redactionelle Notiz über die Diphtheriesterblichkeit in London, wo in einer Woche die Zahl von 103 Todesfällen erreicht wurde.

MACKENZIE-JOHNSTON.

97) . . . . **Das Ueberhandnehmen der Diphtheritis in Essex. (Prevalence of diphtheria in Essex.)** *Lancet. 18. November 1893.*

Eine Notiz der Redaction von ausschliesslich localem Interesse.

MACKENZIE-JOHNSTON.

98) . . . . **Die Diphtheriediagnose. (Diagnosis of diphtheria.)** *Lancet. 25. November 1893.*

Der Herausgeber macht in einer kurzen Notiz auf zwei im „American Journal of the Medical Sciences" erschienene Arbeiten aufmerksam, über die wir an anderer Stelle referiren.

MACKENZIE-JOHNSTON.

99) **A. Veillon. Die Diphtheritis. (La diphthérie.)** *Semaine médicale. 1893.*

V. fasst erst die Hauptpunkte aus der Geschichte der Diphtherie zusammen und bespricht dann den heutigen bacteriologischen Standpunkt, die Bacillen, ihre Färbung und Züchtung zu diagnostischem Zweck, die Complicationen durch die Resorption von Toxinen, die Secundärinfectionen, schliesslich die Therapie. Bei der Erörterung der letzteren werden alle Indicationen erwogen, von jedem Gesichtspunkt aus, dem des Kranken selbst, dem des Arztes und dem der Umgebung.

Auch die Desinfection des Krankenzimmers und die während der Reconvalescenz zu befolgenden Vorsichtsmassregeln werden besprochen. H. MENDEL.

100) **Redactionelle Notiz. Die Behandlung der Diphtherie (The treatment of diphtheria.)** *Lancet. 11. November 1893.*

Eine Besprechung der Veillon'schen Arbeit (Semaine Médicale 30. September 1893), die ein vorzügliches Resumé über unsere heutigen bacteriologischen Kenntnisse von der Diphtherie giebt. Die Therapie soll nicht nur die localen Effecte der Bacillen bekämpfen, sondern auch gegen die toxischen Allgemeinsymptome und die secundäre Infection sich wenden. Der Verf. bevorzugt als Antisepticum das Sublimat und weil die Toxine in sauren Medien weniger kräftig sind, empfiehlt er einen Spray von einer gesättigten Borsäurelösung mit Zusatz von 1pCt. Milchsäure. MACKENZIE-JOHNSTON.

101) **R. A. Bailiss** (Isle of Wight). **Ein Fall von Diphtheritis; Tracheotomie und Heilung. Danach Scarlatina, Nephritis und Mastoiditis. Schliesslich vollständige Heilung. (Diphtheria: tracheotomy, recovery; followed by scarlatina, nephritis, mastoiditis: complete recovery.)** *British Medical Journal. 16. December 1893.*

Das Interesse des Falles liegt in den schweren Complicationen, die in der Ueberschrift genannt sind und die der Pat. glücklich überstand.

MACKENZIE-JOHNSTON.

102) **W. A. Dixon. Beobachtungen von isolirten Diphtheritis-Fällen. (Observations on isolated cases of diphtheria.)** *Journal Americ. Med. Association. 2. December 1893.*

D. ist der Ansicht, dass manche Diphtheriefälle, deren Zustandekommen sich anders nicht erklären lässt, thatsächlich von dem Ansteckungsstoff herrühren, den Thiere, vor allem Vögel, bei denen diese Krankheit vorkommt, mit sich herumtrügen. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

103) **W. P. Munn. Diphtheritis mit Scharlach. (Diphtheria associated with scarlet fever.)** *Annals of Gynecology and Pediatry. October 1893.*

Eine Analyse von 50 Fällen ergiebt Folgendes:

1. Die membranöse Halsentzündung, die so häufig beim Scharlach vorkommt, ist echte Diphtherie.
2. Die Verbindung mit Scharlach erhöht die Mortalität an Diphtherie.
3. Kehlkopf- und Nasenerkrankung ist häufiger bei den mit Scarlatina verbundenen als bei den uncomplicirten Fällen von Diphtherie.
4. Lähmungen kommen als Folgekrankheit vor.
5. Beide Affectionen, sowohl die Scarlatina, wie die sogenannte Scharlachdiphtherie, können Diphtherie übertragen ohne jede Begleitung von Scharlach und zwar sowohl auf Personen, die den Scharlach noch nicht hatten, als auch auf solche, die ihn überstanden haben.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

104) **W. T. Councilman. Die Pathologie und Diagnose der Diphtheritis. (The pathology and diagnosis of diphtheria.)** *American Journal of the Medical Sciences. November 1893.*

Ein vorzügliches Resumé über den gegenwärtigen Stand der Diphtheritisfrage.

P. MC. BRIDE.

105) **G. B. Dunmire. Ein paar Beobachtungen über die Behandlung der Diphtherie. (Some observations on treating cases of diphtheria.)** *Journ. Amer. Med. Assoc. 2. Decemcer 1893.*

Nichts von besonderem Interesse.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

106) **F. E. Waxham. Behandlung der Diphtheritis. (Treatment of diphtheria.)** *Journ. Am. Med. Assoc. 2. December 1893.*

Es ist erwiesen, dass die Diphtherie anfänglich eine Localerkrankung ist und dass die constitutionellen Symptome die Folge einer Ptomainvergiftung sind, wobei das Gift von den Bacillen erzeugt wird. Dementsprechend muss die Localbehandlung sehr gründlich vorgenommen werden, dann aber auch wirksam sein.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

107) **J. R. Culkin. Die Frage der mechanischen Gewalt bei der Behandlung der Diphtherie. (Question of mechanical violence in the treatment of diphtheria.)** *N. Y. Med. Record. 14. October 1893.*

Bei der Beurtheilung der localen Wirkungen mechanischer Insulte im Halse sind folgende Dinge zu berücksichtigen:

1. Dass wir wahrscheinlich im Halse pathogene Keime tragen, die leicht jede vom Epithel entblösste Stelle invadiren.
2. Dass die giftigen Ptomaine von rauhen und blutenden Flächen leichter resorbirt werden, als von den mit Epithel bekleideten.
3. Dass ein Theil des erkrankten Gewebes bereits nekrotisirt ist, ein anderer Theil nahezu nekrotisch und dass die Umgebung solcher Stellen stets acut entzündet ist.
4. Dass uns ein gegen Diphtherie wirksames Halsantisepticum noch nicht bekannt ist.

Alle diese Thatsachen müssen als Gründe dafür angesehen werden, mechanische Gewalt in der Therapie der Diphtherie als nicht angebracht erscheinen zu lassen; der natürliche Abstossungsprocess der Membranen bleibt der beste und conservativste Weg.

LEFFERTS.

108) **Smith. Diphtheritis. (Diphtheria.)** *N. Y. Med. Record. 25. Nov. 1893.*

In den letzten 2—3 Jahren hat S. in allen Fällen gleichmässig folgende Lösung verschrieben, die mit dem Spray 1 oder 2 stündlich dem Schlund zugeführt wird:

Rp.	Squibb's Wasserstoffsuperoxyd	50,0
	Natrii bicarbon.	0,5
	Aquae destill.	50,0

S. Ein Theelöffel voll wird dem Handzerstäuber unmittelbar vor dem Gebrauch zugesetzt.

Für die Nase ist derselbe Spray zu brauchen, vielleicht unter Zusatz von 2 Theelöffel Wasser. LEFFERTS.

109) **W. L. Rickard. Bemerkungen über die Lokalbehandlung bei Diphtheritis. (Note on local treatment of diphtheria.)** *Brooklyn Med. Journal. December 1893.*

R. berichtet über drei Fälle, die er durch Pinseln mit einer Papaidlösung (0,3 : 3,75 Wasser) mit Erfolg behandelt hat. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

110) **C. J. Mac Gahan. Quecksilberbichlorid bei der Behandlung der Diphtherie. (Bichloride of mercury in treatment of diphtheria.)** *Journ. Americ. Med. Assoc. 18. November 1893.*

Krankengeschichte eines Falles, in dem 0,5 g innerhalb 8 Tagen per os gegeben und etwa 0,75 g als Spray in Larynx, Pharynx und Nasenhöhle eingeführt wurden. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

111) **W. H. Daly. Die interne Darreichung von Calomel bei der Behandlung der pseudomembranösen Laryngitis. (The internal administration of calomel in the treatment of pseudomembranous laryngitis.)** *N. Y. Medical Record. 28. October 1893.*

1. Man gebe das Calomel nicht zerrieben und nicht mit Zucker vermischt in Dosen von 0,15 bis 0,3 bei 2—5jährigen Kindern 2stündlich, entweder trocken oder auf einem Theelöffel Wasser aufgeschwemmt, bis die eigenartig gefärbten grünen Calomelstühle erfolgen.

2. Sobald diese Stühle erfolgen, vergrössere man die Intervalle zwischen den einzelnen Dosen, setze diese selbst jedoch nicht herab; es müssen täglich noch mindestens 2 Stühle erfolgen.

3. Man gebe von anderen Medicamenten wenig, wenn man sie nicht ganz vermeiden kann.

4. Die Diät sei leicht und nahrhaft. LEFFERTS.

112) **W. J. Hanl. Calomel bei Diphtheritis. (Calomel in diphtheria.)** *N. Y. Med. Record. 2. December 1893.*

H. erklärt, dass Daly (Pittsburg), der Calomel für die Diphtheritis empfahl, damit nichts Neues angerathen habe. Er selbst, wie viele seiner ärztlichen Bekannten, gebrauchen dieses Mittel seit Jahren mit gutem Erfolge. LEFFERTS.

113) **W. H. Daly. Die Calomelbehandlung bei Diphtheritis. Zur Vertheidigung eines alten Freundes. (The Calomel treatment for diphtheria. Defending an old friend.)** *N. Y. Med. Record. 23. December 1893.*

D. erörtert in einem Briefe die Priorität der Anwendung dieses Mittels.

LEFFERTS.

114) **Redactionelle Notiz. Gefährliche populäre Mittel. — Petroleum bei Diphtherie. (Popular but dangerous remedies. — Kerosene in diphtheria.)** *Australian Med. Gazette. 15. November 1893.*

Krankengeschichte eines Falles. Ein Arzt hatte das Kind, das 3 Jahre und

2 Monate alt war, gesehen; dessen Rathschläge waren aber nicht befolgt worden. Darauf wurde das Kind zu einem Geistlichen gebracht, der Petroleum in Dosen von 1 Theelöffel 4stündlich verordnete und mit demselben Mittel den Hals auspinselte. Das Kind starb 4 Tage nach Beginn dieser Behandlung, die übrigens am dritten Tage, an dem das Kind ins Spital kam und intubirt wurde, ausgesetzt worden war. Der erste Arzt sagte aus, dass der Fall, als er ihn zuerst sah, einen leichten Eindruck gemacht habe und wohl unter zweckmässiger Behandlung zur Heilung gekommen wäre. A. T BRADY.

115) **Smith. Diphtheritis. (Diphtheria.)** *N. Y. Medical Record. 9. December 1893.*

S. lässt fortwährend die Dämpfe eines Gemisches von Eucalyptusöl, Carbolsäure und Terpenthin inhaliren. LEFFERTS.

116) **J. L. Smith. Die Verhütung von Diphtherie. (Prevention of diphtheria.)** *Journ. Am. Med. Assoc. 2. December 1893.*

Unter anderem räth S. zur Desinfection der Luft des Krankenzimmers den Gebrauch von

Ol. Eucalypti	
Acid. carbolici	āā 30,0
Ol. Terebinthinae	200,0

ein Theelöffel voll auf $^1/_4$ Liter Wasser; dieses beständig nahe bei dem Kranken im Sieden zu halten. Ausserdem können in dieser Lösung getränkte Tücher im Krankenzimmer hängen. S. nimmt an, dass Kranke, die diese Lösung beständig inhaliren, später nicht an Lähmungen erkranken. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

117) **Leonard Landes. Die Behandlung der Diphtherie mit Eucalyptus. (Treatment of diphtheria by eucalyptus.)** *N. Y. Medical Record. 16. December 1893.*

L. giebt von 1 Th. Eucalyptus und 3 Thln. Olivenöl stündlich 1 Theelöffel. Vorher müssen ältere Kinder mit reinem Oele gurgeln; können sie dies noch nicht, so wird statt dessen ein Spray angewandt oder auch beides vereinigt. Ausserdem werden die Wäsche und die Tücher mit dem reinen Oel getränkt und Schüsseln mit dem Oel rings im Zimmer aufgestellt. Die gewöhnlichen hygienischen Regeln — Sorge für Stuhlgang, möglichst kräftige Nahrung, frische Luftzufuhr etc. — sind natürlich zu beobachten. Treten Vergiftungserscheinungen ein, so wird die Dosis auf ein Viertel herabgesetzt. LEFFERTS.

118) **James Adams** (Eastbourne). **Die Diphtherie und die Schwefelpräparate. (Diphtheria and the sulphites.)**

Ein kurzer Brief an den Herausgeber, in dem der Verf. auf die neueren Arbeiten über die Schwefelwirkung bei Diphtherie Bezug nimmt. Er hält den Schwefel für ein kräftiges keimtödtendes Mittel, aber nicht für ein „zweifelloses Specificum". MACKENZIE JOHNSTON.

119) **R. J. Frazer** (London). **Sublimirter Schwefel als Lokalmittel bei Diphtherie. (Sublimed Sulphur as a local application in diphtheria.)** *Brit. Med. Journal. 4. November 1893.*

Krankengeschichte eines Falles, in dem der Vf. durch Schwefeleinblasungen ausserordentlich schnell ein günstiges Resultat herbeigeführt zu haben glaubt.

MACKENZIE-JOHNSTON.

120) **B. R. Martin** (London). **Behandlung der Diphtherie mittelst Einblasungen und Tabloids von Magnesiumsulfat. (Treatment of diphtheria by insufflations and tabloids of sulphite of magnesium.)** *Lancet. 4. u. 18. November 1893.*

121) **W. Gilchrist Burnie** (Bradford). **Magnesiumsulfat und Diphtherie. (Sulphite of Magnesium and diphtheria.)** *Lancet. 11. u. 25. November 1893.*

Martin betont in seinem Briefe an den Herausgeber, dass er Magnesium sulfuricum bei Diphtherie mit zuverlässigem Erfolg gegeben hat. Er bläst es den Patienten als Pulver ein und giebt es ausserdem innerlich in Form von Tabletten. Auch Burnie empfiehlt dieses Mittel, das er als wirksam erprobt hat, erinnert aber daran, dass Dr. Lewin dasselbe zuerst empfohlen hat.

MACKENZIE-JOHNSTON.

122) **Bianchini. Gegen Diphtheritis. (For diphtheria.)** *Philad. Medical News. 25. November 1893.*

Rp.	Resorcin.	2,0
	Acid. salicyl.	3,0
	Glycerin.	10,0
	Alkohol absol.	20,0

M. D. S. Mit dem Pinsel auf die erkrankten Flächen aufzutragen.

LEFFERTS.

123) **Betz. Croup. (Croup.)** *N. Y. Med. Record. 25. November 1893.*

In verzweifelten Fällen lässt J. alle 15 bis 20 Minuten folgende Mischung inhaliren:

Aether	4,0
Aether aceticus	2,0
Menthol	0,6

LEFFERTS.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

124) **Page. Beitrag zum Studium der Sängerknoten. (Contribution à l'étude des nodules des chanteurs.)** *Thèse de Bordeaux. 1893.*

Nach P. sind die Sängerknoten eine localisirte Hypertrophie der verschiedenen Elemente der Schleimhaut am freien Rande der Stimmbänder und zwar vornehmlich am vorderen Drittel derselben. Die cystischen Räume, die man in mikroskopischen Schnitten von solchen Knötchen findet, sind theils erweiterte Gefässe, theils Lymphräume oder auch — was seltener der Fall ist — dilatirte Drüsen.

E. J. MOURE.

125) **R. Levy. Fälle von Neubildungen im Kehlkopf. (Cases of laryngeal neoplasms.)** *Journal Americ. Med. Assoc. 18. November 1893.*

Ein Fall von Papillom im Larynx und ein Sarcom; beide ohne besondere Eigenthümlichkeiten. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

126) **A. Sikkel** (Utrecht). **Ein Fall von Larynxpapillom. (Een geval van larynx-papilloom.)** *Ned. Tijdschr. v. Geneesk. 1894. I. No. 14. S. 506.*

Im Mai 1875 wurde die Tracheotomie gemacht. Erst 1893 wurden die Stimmbandpapillome mit der Zange in 4 Sitzungen vollständig exstirpirt und die Trachealcanüle entfernt. Kein Recidiv. Die mikroskopische Untersuchung zeigte, dass die Bindegewebswucherung gegen die reichliche Neubildung des Epithels weit zurücktrat. An einigen Stellen konnte Zellentheilung, nirgendwo aber Degeneration nachgewiesen werden.

Verf. giebt anschliessend eine Besprechung der Pathologie und Therapie des Larynxpapilloms und 2 sehr schöne Chromolithographien. H. BURGER.

127) **J. Solis-Cohen. Multiple Papillome bei einem Kinde: Tracheotomie im Alter von 4 Jahren; Tragen der Canüle 13 Jahre hindurch; Ausreissung multipler Geschwülste aus Rachen und Kehlkopf; Verschluss der Trachealfistel durch einen Hautlappen. Recidiv oder Weiterwuchern eines Tumors an der vorderen Commissur der Glottis. (Multiple papillomata in a child: tracheotomy at four years of age; retention of canula thirteen years; evulsion of multiple laryngeal and pharyngeal neoplasms; closure of the tracheal fistula by a cutaneous flap; recurrent or repullulant growth at the anterior commissure of the glottis.)** *Phil. Med. News. 9. December 1893.*

Verf. giebt eine ausführliche Krankengeschichte des lehrreichen, lange Zeit vernachlässigten Falles. Die Pat., ein Mädchen von 17 Jahren, das in seiner Entwicklung aber kaum einem 14jährigen glich, war vollständig atrophisch und trug eine Kinder-Tracheotomiecanüle. LEFFERTS.

128) **M. Hunt** (Liverpool). **Multiple Papillome des Kehlkopfs. Tracheotomie. Entfernung der Tumoren auf intralaryngealem Wege. Heilung. (Multiple papillomata of larynx; Tracheotomy; Removal of growths by intra-laryngeal operation; Cure.)** *Liverpool Med. and Chir. Journal. Januar 1894.*

Die Ueberschrift erklärt den Fall ausreichend. P. MC BRIDE.

129) **R. P. Lincoln. Recidiv einer Kehlkopfgeschwulst (Papillom) an einer neuen Stelle in einem Falle, der bereits publicirt ist unter der Ueberschrift: „Ausreissung eines laryngealen Tumors, der 22 Jahre nach seiner Entfernung mittelst Laryngotomie recidivirt ist"; nebst einer Zusammenstellung von 34 Fällen. (Recurrence at a new site of a laryngeal growth [papilloma] in a case already reported under the title „Evulsion of a laryngeal tumor which returned twenty-two years after its removal by laryngotomy". With an analysis of thirty-four cases.)** *N. Y. Med. Journal. 30. December 1893.*

Der Fall wurde auf dem XV. Congress der American Laryngological Association mitgetheilt und wird im Verhandlungsbericht referirt. LEFFERTS.

130) **Rethi** (Wien). **Demonstration eines Mannes, dem er einen haselnussgrossen, gelappten, gestielten Tumor von gallertiger Beschaffenheit aufsitzend auf der vorderen Fläche der hinteren Larynxwand, entfernte; er erwies sich als ödematöses Fibrom. Heilung.** Sitzung d. Gesellsch. d. Aerzte in Wien am 6. April 1894. — *Wiener klin. Wochenschr. 1894. No. 15.*

R. betont die Seltenheit des Sitzes der Geschwulst; führt 3 Fälle gleicher Localisation an und zeigt Bilder des Larynx, sowie des Tumors vor. CHIARI.

131) **Weiss** (Nancy). **Thyrotomie wegen eines Kehlkopfpolypen. (Thyrotomie pour polype laryngien.)** *Soc. de méd. de Nancy. 1894.*

Nach einem vergeblichen Versuch, einen Kehlkopfpolypen per vias naturales zu exstirpiren, wurde die Thyrotomie nach vorheriger Tracheotomie gemacht; der Polyp wurde abgetragen und seine Ansatzstelle cauterisirt. LUC.

132) **Pieniaczek** (Krakau). **Nachtrag zur Abhandlung „Ueber die Laryngofissur auf Grundlage eigener Erfahrung".** *Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie. XXXVII. 1 u. 2. 1893.*

In dem Nachtrag zu der in No. 7. Jahrg. X. p. 366 referirten Abhandlung theilt P. mit, dass sich seine Erfahrungen nun auf 60 Laryngofissuren an 48 Pat. beziehen. In 2 Fällen wurde die Operation je 2 mal, in einem Falle sogar 3 mal wegen Recidive des alten Processes (Laryngosclerome) vorgenommen.

SEIFERT.

133) **Felix Semon. Ueber die angebliche specielle Neigung gutartiger Kehlkopfgeschwülste nach intralaryngealen Operationen bösartig zu degeneriren. Mit einem Appendix von David Newman. (On the alleged special liability of benign laryngeal growths to undergo malignant degeneration after intralaryngeal operations.)** *N. Y. Medical Journal. June 4. 1894.*

Der Zweck dieser Mittheilung ist der, vor dem amerikanischen ärztlichen Stande eine Reihe äusserst gravirender, falscher Angaben zu berichtigen, welche Mr. Lennox Browne (London) in einem amerikanischen Werke: Burnett's „System of Diseases of the Ear, Nose and Throat", gemacht hat. Diese Angaben sollen zur Unterstützung seiner Ansichten über die von ihm behauptete specielle Neigung gutartiger Kehlkopfgeschwülste dienen, nach intralaryngealen Eingriffen bösartig zu degeneriren.

Die unbeugsamen Thatsachen, welche nunmehr dem Urtheil amerikanischer Leser unterbreitet werden, und welche leicht von Jedermann, der sich für die Frage interessirt, verificirt werden können, sind folgende:

1. Dass Mr. Browne in seinem Kapitel über Missbildungen und Geschwülste des Pharynx und Larynx in dem Burnett'schen Werke bei der Besprechung der Frage des Ueberganges gutartiger Kehlkopfneubildungen in bösartige die Ansichten und Angaben des verstorbenen Sir Morell Mackenzie gröblich missrepräsentirt und mehrere der Fälle dieses Autors entstellt wiedergegeben hat.

2. Dass er bei derselben Gelegenheit in einem von ihm selbst als „genau" bezeichneten Citat eines Berichts im British Medical Journal über eine Arbeit von Dr. David Newman an der wichtigsten Stelle einen von ihm selbst gewählten

Ausdruck für den von dem Verfasser gebrauchten substituirt, und dadurch die Angaben des Verfassers sowie den von letzterem gewollten Sinn vollständig entstellt hat.

3. Dass er, wiederum bei derselben Gelegenheit, nicht allein wichtige Thatsachen mit Bezug auf einen von Dr. Semon und Mr. Shattock berichteten Fall (Vgl. Centralblatt, X. p. 569. Red.) unterdrückt, sondern auf Grund seiner Unterdrückungen die Ansichten des erstgenannten über die zur Discussion stehende Frage gröblich entstellt hat.

Kein langer Commentar ist nothwendig, da die Thatsachen beredt genug für sich selbst sprechen, und dem Leser wird das Urtheil über Mr. Browne's Ethik überlassen.

[Dr. Newman schliesst sich in einem kurzen Appendix den Semon'schen Ausführungen vollständig an. Red.] **LEFFERTS.**

[Mr. Browne beantwortet diese Anklagen in einem Briefe an den Redacteur des New York Medical Journal (N. Y. Med. Journ. 4. August 1894) in der Weise, dass er im ersten Theil seines Schreibens die Ankläger, namentlich Semon, persönlich verunglimpft, im zweiten seine zahlreichen amerikanischen Freunde seiner bona fides versichert und die ganze Angelegenheit als „zu jämmerlich" (paltry) erklärt, um sie einer transatlantischen Correspondenz theilhaftig werden zu lassen. — Semon (New York Med. Journ. 1. September 1894) weist darauf zunächst die gegen ihn erhobenen Insinuationen „mit der Verachtung zurück, welche sie verdienen", constatirt sodann, dass Mr. Browne weder eine einzige Einwendung gegen die wider ihn erhobenen Anklagen zu machen gehabt, noch um Entschuldigung wegen der unverzeihlichen von ihm vorgenommenen Manipulationen gebeten habe, und ersucht schliesslich den Redacteur unter Berufung auf die inzwischen erfolgten Meinungsäusserungen der Redacteure der „Lancet" und des „Glasgow Med. Journal" (vgl. das folgende Referat) auch seinerseits eine Meinung darüber abzugeben, ob ethische Grundsätze nur dazu da seien, jungen Studenten vorgepredigt zu werden, in praxi aber ungestraft vernachlässigt werden dürften. — Die Redaction entspricht diesem Wunsche in folgendem Zusatz zu dem Semon-schen Briefe: „Wir stimmen völlig mit den Commentaren unserer englischen journalistischen Collegen über diese Controverse überein und können dieselbe in unseren Spalten nicht weiter fortführen lassen. Unserer Ansicht nach ist es vollständig selbstverständlich, dass ethische Grundsätze werthlos sind, wenn sie nicht in praxi beherzigt werden, und dass ein Unrecht thuendes falsches Citat, selbst wenn es unbeabsichtigt ist, stets sofort und ohne Ausflüchte zugestanden werden sollte." — Red.]

134) **David Newman** (Glasgow). **Die bösartige Umwandlung gutartiger Kehlkopfgeschwülste als eine Folge intralaryngealer Operationen. Eine Correctur. (The malignant transformation of benign laryngeal tumours as a consequence of endo-laryngeal operations: a correction.)** *Lancet. June 10. 1894.* [Vgl. hinsichtlich der sich anschliessenden Controverse zwischen Dr. Newman und Mr. Lennox Browne auch die folgenden Nummern der Lancet bis zum 14. Juli, sowie das Glasgow Medical Journal, Juni und Juli 1894. Red.]

Verfasser protestirt gegen eine Behauptung von Lennox Browne in Bur-

nett's System of Diseases of the Ear, Nose and Throat, dass er (Newman) ein Anhänger von Browne's Theorie sei, derzufolge durch endolaryngeale Operationen gutartige Tumoren in bösartige verwandelt werden können und legt hauptsächlich Verwahrung dagegen ein, dass Browne bei dem angeblich „wörtlichen" Citat eines Newman'schen Falles, der seiner (Browne's) Behauptung nach die Browne'sche Umwandlungs-Theorie stütze, für einen von Newman gebrauchten Ausdruck, der für die ganze Auffassung des Falles von entscheidender Bedeutung ist, einfach einen anderen substituirt, und dadurch den von Newman gewollten Sinn völlig entstellt habe. ADOLPH BRONNER.

[Hinsichtlich der Controverse, die sich sowohl in der Lancet wie im Glasgow Medical Journal an diesen Protest anschloss, ist Folgendes zu bemerken: Zunächst behauptete Mr. Browne, dass er völlig berechtigt sei, den von ihm gewählten Ausdruck dem Newman'schen zu substituiren, und dass der von letzterem gewollte Sinn dadurch nicht verändert worden sei. Die Herausgeber des Glasgow Medical Journal drucken den Brief Mr. Browne's ab, und fügen eine längere redactionelle Bemerkung hinzu, aus welcher wir Folgendes hervorheben:

„Wir veröffentlichen Mr. Lennox Browne's Brief, müssen aber gleichzeitig Bedauern über seinen Ton und seine Methode aussprechen. Dr. Newman setzt auseinander, dass Mr. Browne in einem von ihm als genau bezeichneten Citat ein wichtiges Wort, und dadurch den Sinn, vollständig geändert habe. Mr. Browne leugnet nicht, dass er das Wort geändert habe, und wir sind überzeugt, dass er seine Behauptung, nämlich, dass er den Sinn nicht verändert habe, nicht bewiesen hat. . . . . . Die langen Citate, in welchen Mr. Browne sich ergeht, gehören ganz und gar nicht zur Sache, und beweisen seine Behauptung nicht. Wir machen diese Bemerkungen ohne Dr. Newman zu consultiren, und nur zu dem Zwecke, um den Leser auf die wirklich streitigen Punkte zurückzuführen, welche Mr. Browne in einem Schwall von Worten verdunkelt."

Dr. Newman citirt diese redactionellen Bemerkungen des Glasgow Medical Journal in einer Zuschrift an die Redacteure der Lancet (7. Juli 1894), und erklärt, dass, während er darauf verzichte, Mr. Browne in die Redensarten zu folgen, mit welchen derselbe die klare, wirklich streitige Frage zu verdunkeln versuche, er die Redacteure der Lancet um Urtheil über die ethische Frage bitte, ob medicinische Ethik eine blosse Theorie sei, oder ob eine moralische Verpflichtung seitens jedes Arztes vorliege, den genauen Sinn der unzweideutigen Worte anderer Schriftsteller getreu wiederzugeben. — Darauf richtet Mr. Browne am 14. Juli einen weiteren Brief an die Redacteure der Lancet, in welchem er sagt, dass, da Dr. Newman sich noch immer darüber gekränkt fühle, dass er (Mr. Browne) eine Substitution vorgenommen habe, welche er selbst (Mr. Browne) als „unwichtig" betrachte, er nicht länger zögern wolle, sein Bedauern darüber auszusprechen, dass diese Substitution vorgenommen worden sei, und gleichzeitig zu versichern, dass dieselbe „vollständig unbeabsichtigt" (!!) geschehen sei. Indessen stelle Dr. Newman die Sachlage durchaus unrichtig dar, indem er behaupte, dass diese „armselige (!!) (paltry) persönliche Frage" der wirkliche Streitpunkt sei. (Es folgen wiederum Auseinandersetzungen über andere ausserhalb der Frage

liegende Dinge.) Die Redacteure der Lancet drucken diesen Brief ab und begleiten ihn mit folgenden Schlussbemerkungen.

„Die Streitfragen zwischen Dr. Newman und Mr. Lennox Browne sind durch Mr. Browne's letzten Brief bedeutend vereinfacht worden. Es geht aus demselben hervor, dass er sein Bedauern darüber ausspricht, dass er ein Wort für ein anderes bei einem Citat oder Abstract eines Berichts von einem von Dr. Newman's Fällen substituirt habe. Wir billigen diese Abbitte höchlichst und bedauern nur, dass sie nicht früher erfolgt ist. Bei einer öffentlichen Controverse ist es stets eine Pflicht, wenn man einen Autor citirt, dies mit absoluter Genauigkeit zu thun und nur seine ipsissima verba zu gebrauchen; die Hälfte der Differenzen, welche zwischen Männern der Oeffentlichkeit erfolgen, stammen aus der Vernachlässigung dieser selbstverständlichen Regel. Diese Regel ist natürlich von höchster Bedeutung in so schweren Fragen wie die chirurgischer Eingriffe in Fällen von Kehlkopfneubildungen. Es steht Mr. Browne durchaus frei, zu Gunsten seiner Ansichten veröffentlichte Fälle Dr. Newman's oder irgend eines anderen Laryngologen zu commentiren. Er dient aber seinem Argumente nicht, indem er die Angaben derjenigen, welche er kritisirt, falsch wiedergiebt.“ . . . .

Der Rest der redactionellen Bemerkungen bezieht sich auf die allgemeine Frage des Uebergangs gutartiger Kehlkopfneubildungen in bösartige, hinsichtlich welcher die Redacteure es ablehnen, eine Ansicht auszusprechen. Die Controverse wird damit für geschlossen erklärt. Red.]

135) **Dausac. Sarcoma fasciculatum im Kehlkopf. (Sarcome fasciculé du larynx.)** *Annales des maladies de l'oreille etc. No. 19. 1893.*

Bericht über einen auf der Gouguenheim'schen Abtheilung beobachteten Fall.

E. J. MOURE.

136) **S. T. Paul** (Liverpool). **Zwei Fälle von Sarcom des Kehlkopfs. (Two cases of sarcoma of the larynx.)** *Liverpool Med. Chir. Journal. Januar 1894.*

Der erste Fall betrifft einen Knaben von 12 Jahren. Die Geschwulst sah durchaus wie ein Papillom aus und es wurde auch von Hunt ein grosses Stück des Gewebes vom Munde aus entfernt. Dabei fiel auf, dass die Geschwulstmasse von härterer Consistenz war, als dies gewöhnlich der Fall ist. Am 28. September 1893 wurde nun die Thyreotomie gemacht und der Tumor radical exstirpirt. Derselbe sass mit einer Fläche, die nur die Grösse eines Drei-Pennystückes besass, vorn und an der rechten Seite des Kehlkopfes an. Bis zum Januar 1894 war von einem Recidiv nichts zu sehen. Die Geschwulst war ein Spindelzellensarcom; der Verf. meint, dass man bei dieser Art Geschwülsten den Grad der Malignität mit dem Mikroskop zu beurtheilen vermag.

Der zweite Fall betrifft ein Mädchen von 20 Jahren, die seit zwei Jahren an allmälig sich steigernden Athembeschwerden litt. Die Pat. hatte ein Gefühl von Druck und Völle an der rechten Seite des Halses zwischen dem Sternokleidomastoideus und dem Larynx. Bei der Untersuchung des Rachens sah Hunt glatte, blasse, rundliche Geschwulstmassen, die von der hinteren Rachenwand ausgingen

und den rechten Sinus pyriformis ausfüllten. Das Larynxinnere war der Untersuchung nicht zugänglich. Es wurde ein Stück von der Geschwulst entfernt und mikroskopisch als Spindelzellensarcom erkannt. Man entschloss sich zu einer exploratorischen Operation in der Absicht, zuerst die äusseren Tumormassen, die den Blick in den Larynx verlegten, zu entfernen; ehe man dazu aber kam, wurde die Tracheotomie nöthig und man konnte feststellen, dass die Geschwulst mit der Trachea verwachsen war und deren Lumen bereits erreicht hatte.

P. MC BRIDE.

137) **Tschudi** (Wien). **Sarcom (?) des Larynx.** Demonstrirt in dem wissenschaftlichen Verein der kk. Militärärzte der Garnison Wien am 24. Januar 1894. — *Wiener klin. Wochenschr. 1894. No. 8.*

Tumor des linken Taschenbandes und Aryknorpels, höckerig, grauroth, leicht blutend.

CHIARI.

138) **Mackay. Excision des Kehlkopfs. (Excision of the larynx.)** *Lancet. 14. April 1894.*

Ein grosser Tumor (Sarcom) verschloss den Larynx vollkommen und ragte in den Rachen hinein. Es wurde die Tracheotomie gemacht und 8 Tage später die Epiglottis entfernt. Eine Schlundsonde wurde zur Ernährung in den Magen eingeführt und die Wunde mit Jodoformgaze tamponirt. Am unteren Ende der Wunde wurden zwei Schwämme eingelegt, die die Kehlkopfhöhle bedeckten; diese wurden halbstündlich gewechselt. 24 Stunden nach der Operation wurde die Trendelenburg'sche Canüle durch eine gewöhnliche Tracheotomiecanüle ersetzt; auch diese wurde nach 24 Stunden entfernt und die Wunde offen gelassen. Die Schlundsonde wurde alle 2 Stunden eingeführt. Am zehnten Tage stand Pat. auf, nach 2 Monaten konnte er ziemlich verständlich sprechen.

ADOLPH BRONNER.

139) **A. Toti** (Florenz). **Ueber Diagnose und Behandlung des primären Kehlkopfkrebses. (Sulla diagnosi e cura del cancro primitivo della laringe.** *Riv. di Pat. e Ter. etc. 1894. No. 1.*

Es werden zuerst 3 Fälle erwähnt, in denen sich die von Semon hervorgehobene Erscheinung der Trägheit bezw. Unbeweglichkeit des carcinomatösen Stimmbandes in der allerersten Zeit des Verlaufes gezeigt hatte. In einem der Fälle, wo T. Gelegenheit hatte, die partielle Exstirpation der kranken Larynxhälfte auszuführen, konnte er die beiden folgenden, für die künftige Erklärung der Erscheinung bedeutsamen Thatsachen constatiren: 1. die freie Beweglichkeit des Cricoarytaenoidalgelenkes, 2. die Infiltration carcinöser Zellen und Nester zwischen den Fasern des Thyreoarytaenoideus. — Weiter wird an der Hand eines Falles die hohe Bedeutung einer richtigen, d. h. nicht schrägen Schnittführung bei der histologischen Untersuchung herausgenommener Geschwulstfragmente illustrirt. — Von der Behandlung werden nur einige Punkte berührt. Die Tracheotomie, sei sie eine palliative oder eine vorbereitende, muss immer möglichst tief gemacht werden. Stösst man dabei auf grosse oder gar unüberwindliche Schwierigkeiten, so räth Verf., zuerst den Cricoidknorpel oder gar das Ligam. crico-thyreoideum

einzuschneiden und eine Canüle einzulegen; nach einigen Minuten sind die Respirations- und Circulationsverhältnisse wieder normal geworden und es wird nun immer möglich und leicht sein, den unter dem Isthmus gelegenen Theil der Trachea freizulegen und einzuschneiden. — Zur Exstirpation hat Verf. es sehr praktisch gefunden, zuerst einen breiten Schnitt über dem oberen Rande des Schildknorpels anzulegen, dann die Mm. thyreo-hyoidei einzuschneiden und die Aa. laryngeae superiores, besser auch die Thyreoideae sup. zu unterbinden. Damit gelingt die Enucleation des Larynx (von oben) leichter und mit mässiger Blutung. — Schliesslich werden zwei Fälle erzählt, welche die praktische Bedeutung und die oft so grossen Schwierigkeiten der Nachbehandlung von palliativ Tracheotomirten illustriren. Im ersten Falle musste Verf. zur Vermeidung des Hungertodes eine mit den grössten örtlichen Schwierigkeiten verbundene Oesophagotomie ausführen; im zweiten Falle musste er, zur Vermeidung einer drohenden Asphyxie, chirurgisch den Weg finden zu einem tiefer gelegenen Theile der Trachea, der von einer mächtigen Schicht carcinomatöser Gewebe bedeckt war. Autoreferat.

140) **W. H. Park. Carcinom des Kehlkopfs. (Carcinoma of the larynx.)** *N. Y. Med. Record. 27. Januar 1894.*

Die Arbeit enthält nichts besonders Erwähnenswerthes. Der Pat., ein Mann mit Kehlkopfcarcinom, hatte seit drei Jahren an langsam zunehmender Heiserkeit und Athembeschwerden gelitten. Er trug jetzt eine Tracheotomiecanüle.

LEFFERTS.

141) **Downie. Epitheliom des linken Stimmbands durch Laryngotomie vor 17 Monaten entfernt. (Epithelioma of the left vocal cord removed by laryngotomy 17 months ago.)** *Brit. Med. Journal. 17. März 1894.*

Pat., 56 Jahre alt, war seit 6 Monaten heiser gewesen; Schmerzen hatten nicht bestanden. Anfangs zeigte sich der Larynx stark injicirt und die Taschenbänder geschwollen. 10 Tage später sah man bereits einen Tumor auf dem linken Stimmbande; die Geschwulst bedeckte etwa das halbe Stimmband; sie war ungefähr bohnengross, von blaugrauer Farbe und sehr unregelmässig. Es wurde die Tracheotomie gemacht und sieben Tage später der Schild- und Ringknorpel in der Mittellinie gespalten; dann wurde das ganze linke Stimmband sorgfältig excidirt. Nach 4 Tagen wurde die Canüle entfernt und 14 Tage später war die Halswunde gänzlich verheilt. Die Stimme war fast klar. Das rechte Stimmband überschritt die Mittellinie und erreichte beim Phoniren den Rand des linken Taschenbandes. Die mikroskopische Untersuchung des Tumors ergab alle Charakteristica des Epithelioms.

ADOLPH BRONNER.

142) **C. O'Gorman. Epitheliom der Mundrachenhöhle übergreifend auf den Kehlkopf. (Epithelioma of the pharyngo-oral cavity invading the larynx.)** *Canada Lancet. April 1894.*

Krankengeschichte des Falles; nichts Bemerkenswerthes.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

143) **Chas. P. Grayson. Carcinom des Kehlkopfs mit secundärem Epitheliom der Lippe. (Carcinoma of the larynx with consecutive epithelioma of the lip.)** *Phil. Med. News. 7. April 1894.*

G.'s Fall hat darum ein aussergewöhnliches Interesse, weil die Geschwulst an der Lippe anscheinend metastatisch und eine secundäre Localisation des Kehlkopfcarcinoms und weil dies letztere dabei noch vollständig circumscript war. Die Lage und Beziehung der secundären zur primären Geschwulst regt zu mannigfachen Erörterungen an. Hält man den Lippentumor für eine Metastase, so erhebt sich die Frage, auf welchem Wege kam der Infectionskeim vom Larynx zur Lippe — durch die Blutbahn oder auf dem Wege des Lymphstroms? Sieht man aber von der Annahme einer Metastase ab, so ist die Frage, ob die Affection an der Lippe in ihrem Beginne unschuldig war und ob sich durch eine Auto-Infection an dieser Stelle erst später eine maligne Umbildung vollzogen hat? Oder schliesslich, war die Lippenerkrankung von Anfang an bösartig, aber dabei doch selbstständig und unabhängig von der Kehlkopferkrankung? Mit anderen Worten: ist der Synchronismus zwischen diesen beiden Geschwülsten einfach der Ausdruck einer besonderen Diathese, die für die multiple Bildung bösartiger Neubildungen prädisponirte? Alle diese Fragen bespricht der Verf. in interessanten Erörterungen.

LEFFERTS.

144) **Charles Phelps. Zwei Fälle von maligner Erkrankung: ein Osteosarcom an der vorderen Schädelgrube und ein Epitheliom des Larynx. (Two cases of malignant disease: An osteosarcoma involving an anterior cranial fossa and an epithelioma of the larynx.)** *N. Y. Med. Journal. 23. Juni 1894.*

Uns interessirt der zweite Fall. Im October 1892 wurde der Pat. untersucht und dabei eine Geschwuls am linken Stimmbande gefunden, die warzig aussah und nahezu das ganze Stimmband bedeckte. Der Pat. wurde bedeutet, dass die Sache gutartig und ohne Gefahr sei, dass er sich aber nach einigen Monaten zu erneuter Untersuchung wieder einstellen müsse. Im December 1893 sah Dr. C. C. Rice den Pat. und bestätigte den Verdacht, den Verf. gleich zu Anfang gehabt hatte, dass die Erkrankung maligner Natur sei; beide Beobachter entschieden sich für die Frühtracheotomie. Diese wurde am 8. Februar 1894 ausgeführt. Dann wurde die Thyrotomie gemacht; der Tumor, der den Larynx jetzt nahezu ausfüllte, wurde mit der Scheere abgetragen, die Ansatzstelle curettirt und nachher mit Chromsäure geätzt. 17 Tage nach der Operation starb der Kranke. Der Tumor wurde von Dr. Gouley und Dr. E. K. Dunham im Carnegie-Laboratorium genau untersucht und für ein beginnendes Epitheliom erklärt. In den mikroskopischen Schnitten sah man ein bindegewebiges Stroma mit geschichtetem Epithel bedeckt und darin Nester von Epithelzellen, stellenweise Hornperlen einschliessend. Beide Untersucher kamen unabhängig von einander zu der Ueberzeugung, dass der degenerative Process nicht älter als 3—4 Monate sei.

Wenn auch ein direkter Einfluss eines Traumas in der Krankengeschichte dieses Falles von Epitheliom fehlt, so spielt dasselbe doch eine Rolle bei der Bildung des ursprünglichen Papilloms. Eine Verletzung des Stimmbandes während

eines Hustenparoxysmus dürfte wohl die benigne Geschwulst veranlasst haben, die später die Degeneration erfuhr. [? Im obigen Bericht heisst es doch, dass beide Beobachter „gleich zu Anfang" den Verdacht auf Malignität gehabt hätten. Wozu also nun die „Degeneration"? Red.]

Die lange Dauer der Periode, in der diese primäre Bildung, obgleich sie in beständigem Wachsthum und auch fortdauernden Reizungen ausgesetzt war, dem ihr innewohnenden Hang zu regressiver Metamorphose widerstand, bis sie ihm doch endlich erlag, zeigt nicht nur, wie gefährlich es ist, zu warten und exspectativ zu behandeln, sondern erweist auch zur Evidenz, dass selbst in lange vernachlässigten Fällen eine späte Operation noch Chancen für die Heilung geben kann; im obigen Falle freilich griff die Operation leider zu spät ein. LEFFERTS.

145) **Horace Clark. Sarcom der Nase. — Epitheliom des Kehlkopfs bei einer Frau. (Sarcoma of the nose — epithelioma of the larynx in a woman.)** *Phil. Med. News. 30. Juni 1894.*

C. giebt die Krankengeschichten zweier nicht besonders interessanter Fälle in grosser Ausführlichkeit. Den Werth seiner Diagnosen mag folgender Satz beleuchten: „Meine Meinung, dass der fragliche Tumor ein Epitheliom sei, fand denn auch in der Folge durch den Tod des Patienten seine Bestätigung." LEFFERTS.

146) **Fischer** (Hannover). **Definitive Heilung eines Kehlkopfkrebses nach partieller Exstirpation des Kehlkopfes.** *Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie. 38. Bd. 4. u. 5. H. 1894.*

Der 59jährige Patient mit einem Plattenepithelcarcinom des linken Stimmbandes bekam sofort nach Exstirpation der linken Schildknorpelhälfte ein Recidiv im Kehlkopf und wurde 6 Monate später noch einmal, aber in grösserem Umfange operirt. Seit der zweiten Operation sind nun 4 Jahre vergangen und der Kranke ist gesund geblieben. An die Besprechung dieses interessanten Falles schliesst Fischer einige Bemerkungen über die Technik der Operation und über die Nachbehandlung an. SEIFERT.

147) **Krönlein** (Zürich). **Partielle Larynxexstirpation wegen Carcinom.** *Corr.-Bl. f. Schweizer Aerzte. H. 2. 1894.*

Operation 4. August. Glatte Heilung mit sehr gut vernehmbarer Stimme am 10. October 1893. — Erschwerte Decanülements nach Diphtheritis aus verschiedenen bekannten Ursachen. Ibidem. JONQUIERE.

148) **Becker** (Bonn). **Ueber halbseitige Kehlkopfexstirpation wegen Carcinom.** *Deutsche med. Wochenschr. 1894. No. 4.*

Vorstellung eines Falles aus der Klinik von Trendelenburg. Der 63jährige Kranke war am 5. Juni 1893 operirt und wurde am 10. Juli 1893 besprochen. Nichts besonderes. LANDGRAF.

149) **R. G. Macdonald** (Dunedin). **Excision des Larynx, des Zungenbeins und der obersten 5 Trachealringe wegen Krebs. (Excision of the larynx hyoid**

bone and five rings of the trachea for cancer.) *Brit. Med. Journal. 30. December 1893. Phil. Med. News. 24. März 1894.*

Die Operation musste im vorliegenden Falle eine so extensive sein wegen der grossen Ausdehnung der myxosarcomatösen Neubildung ausserhalb des Kehlkopfs. Das Hauptinteresse des Falles liegt in dem grossen Defect, der im Pharynx geschaffen wurde, und in der Nachbehandlung, die den Schluss des Pharynx verhüten musste. Die Besorgung eines künstlichen Kehlkopfes war nicht ohne Schwierigkeiten; nach Ueberwindung derselben aber sprach der Pat. sehr gut.

MACKENZIE-JONSTON.

150) **Hubbard. Laryngectomie wegen Epitheliom des Kehlkopfs. (Laryngectomy for epithelioma of the larynx.)** *N. Y. Med. Record. 27. Januar 1894.*

H. demonstrirte in einer Sitzung der N. Y. Laryngological Society vom 27. Dezember 1893 einen epitheliomatösen Tumor des Larynx, den er eine Woche vorher durch die Laryngectomie entfernt hatte. Der Pat. befand sich seither wohl. Es war die vorherige Tracheotomie gemacht worden; entfernt wurden die vergrösserte Submaxillardrüse, sowie der ganze Larynx vom Ringknorpel bis zum Zungenbein.

LEFFERTS.

151) **B. Farquhar Curtis. Die Heilung des Krebses durch Operation. (The cure of cancer by operation.)** *N. Y. Med. Record. 24. Februar 1894.*

Kehlkopf. — In der Behandlung des Kehlkopfskrebses haben wir ein Gebiet vor uns, um das der Specialist und der Chirurge noch streiten. Die Statistik spricht eher gegen den letzteren, in Wirklichkeit aber beweist sie nichts, als dass die Fälle zu spät der Radicaloperation unterworfen werden; es gilt wohl dasselbe, was sich bei dem Uteruscarcinom jetzt zeigt: die frühe Diagnose und die rasche Operation bessern die Statistik beständig.

C. hat die Fälle gesammelt, die aus den verschiedenen Kliniken berichtet sind — von Fischer (13 Fälle), Hahn (17 Fälle), Billroth (19 Fälle), Trendelenburg (5), Krönlein (6), Schede (3) und Kocher (10), in Summa 73 Fälle mit 22 Todesfällen — d. h. fast genau 30 pCt. Von 27 Totalexstirpationen betrug die Mortalität 40,7 pCt. und bei 37 partiellen Laryngectomien 21,6 pCt. Allein diese Zahlen geben keineswegs ein richtiges Bild von den Gefahren der einen und der andern Operation; es ist daran zu denken, dass die einen Fälle zeitiger operirt wurden und bessere Prognose gaben, andere später. dass die Operationen, die der letzten Zeit angehören, also bes. die partiellen Operationen, von den Fortschritten der Technik grösseren Nutzen zogen u. a. m. Sonderbar genug verlor Kocher bei seinen 10 Fällen nur 1 von 6 Totalexstirpationen, dagegen 2 von 4 partiellen.

Was das Recidiv anlangt, so recidivirten von 22 Fällen 8 im ersten Jahre, 14 im zweiten, 1 nach 3 Jahren und 1 (Hahn's bekannter Fall) nach 9 Jahren. Von den partiellen Laryngectomien wurden 39 verfolgt: 13 recidivirten im ersten Jahr, 5 im zweiten, 1 nach 3 Jahren. Von den vollständig Operirten — mit Ausschluss des Hahn'schen Falles — haben wir 13,6 pCt., die über 2 Jahre gesund blieben, von den partiellen Operationen 10,3 pCt.; beides zusammen beträgt

11,7 pCt. Nimmt man aber die gewöhnliche Grenze von 3 Jahren als Bedingung der Recidivlosigkeit, so wurden, Hahn's Fall eingeschlossen, nur drei Fälle geheilt, d. h. 5,8 pCt.: das schlechteste Resultat von allen Krebsoperationen, von den inneren Organen abgesehen. Grade aus der Häufigkeit der Recidive aber geht hervor, dass die Operation noch nicht richtig ausgeführt wird, zumal bekannt ist, dass bei dieser Form des Krebses die Lymphdrüsen erst spät in Mitleidenschaft gezogen werden. Die Mortalitätsziffer wird sinken und die Erfolge werden nach Verf.'s Ansicht mindesten so gute werden, wie die bei Zungenkrebs.

LEFFERTS.

152) **Redactionelle Notiz. Exstirpation des Larynx. (Exstirpation of the larynx.)** *Phil. Med. News. 17. März 1894.*

Es sind in der letzten Zeit mehrere Fälle von Kehlkopfexstirpation mit ungewöhnlich gutem Erfolge, der auch gute Dauer versprach, berichtet worden. In diesen Fällen hatte man versucht, die Gefahr des Eindringens von Nahrung, Speichel, Schleim etc. in die Luftwege dadurch zu vermeiden, dass man die Mündung der durchtrennten Trachea in die Haut einnähte und auf diese Weise jede Communication mit der Wunde aufhob. Auf diese Weise erreichte man auch, dass die Trachea beständig mit weitem Lumen offenstand und dass jede Tracheotomiecanüle überflüssig ward. Man umging damit eine ernste Quelle für Reizungen der Wunde, nämlich den Reiz, den das Liegen des Fremdkörpers so oft verursacht. Die Heilungsdauer nach der Operation stellt sich nach diesem Verfahren kürzer und schneller als früher kann der Pat. wieder auf die gewöhnliche Weise Nahrung zu sich nehmen. Ein Fall liegt sogar vor, in dem der Pat. unmittelbar nach der Operation gut schluckte.

Dazu kommt, dass in einigen dieser Fälle, in denen die Einlegung eines künstlichen Kehlkopfes nicht versucht wurde, der Pat. doch mit den Geweben, die zurückgelassen waren oder in dem Vernarbungsprocesse sich schliesslich gebildet hatten, eine Stimme zu produciren lernte, die das, was der künstliche Kehlkopf leistet, weit übertraf.

Alle diese Umstände ermuthigen dazu, in der Zukunft von der Excision des Kehlkopfs freieren Gebrauch zu machen. LEFFERTS.

153) **Eug. Kraus** (Paris). **Ueber künstliche Sprachbildung nach Kehlkopfexstirpationen. Wiederherstellung der Sprache nach Ausschneidung von 5 Trachealringen, des Ringknorpels und der maligu degenerirten Schilddrüse. Ein neuer künstlicher Kehlkopf.** *Allg. Wiener med. Zeitung. 1894. No. 19 und 20.*

Nach Besprechung der verschiedenen Arten der künstlichen Kehlköpfe und der Möglichkeit, eine vernehmliche Sprache auch nach völligem Abschlusse des Mundes von der Luftröhre zu bilden, geht K. auf seinen Fall ein. Die von Péan operirte Kranke sah K. 5 Monate nach der 9. Operation; es war der grösste Theil des Ringknorpels wegen Carcinom mit entfernt worden. Die Stimmbänder fehlten und nur die Taschenbänder bildeten eine Art Glottis. Abschluss durch eine Membran gegen die Trachea. — Nach Herstellung einer Communication zwischen Trachea und den Kehlkopfresten, die durch Dilatationen auf 11 mm Lumen gebracht war, wurde auf das Fenster einer möglichst schwach gekrümmten Trachealcanüle

eine silberne Spiralfeder aufgelöthet, welche mit Gummischlauch überzogen, leicht in den zum Larynx führenden Kanal eingeführt werden konnte. Also eine Schornsteincanüle mit biegsamer Larynxröhre. K. rühmt an seinem Apparat den Umstand, dass Larynx- und Trachealtheil seiner Canüle eine nahezu gerade Röhre bilden, wodurch Athmung und Expectoration erleichtert werden. Die Stimmbildung erfolgte in der Gegend der Taschenbänder. K. meint, dass man auch durch Hinüberragen eines dünnen Gummischlauches über den oberen Rand der Spirale einen ringförmigen, schwingenden und tönenden Saum erzeugen könnte. Die Patientin trug den Apparat 6 Wochen Tag und Nacht. CHIARI.

154) **Péan** (Paris). **Eine Kehlkopf-Luftröhren-Prothese. (Prothèse laryngo-trachéale.)** *Acad. de méd. 1. Mai 1894.*

Dem von P. vorgestellten Pat. war im Jahre 1890 die mit einer benignen Geschwulst erkrankte Schilddrüse exstirpirt worden. Kurz nachher recidivirte der Tumor unter maligner Form (?), was den Anlass gab, ausser dem Neoplasma fünf Ringe der Trachea und den Ringknorpel zu reseciren. Die Heilung ist seit 16 Monaten beständig; aber in Folge der Ausdehnung der Wunde war die Stimme nicht wiedergekehrt. Ein von Herrn Kraus verfertigter prothetischer Apparat erlaubt dem Pat., mit verständlicher Stimme zu sprechen. LUC.

155) **C. Ogle** (London). **Carcinom des Bronchus. (Carcinoma of the bronchus.)** *British Medical Journal. 19. Mai 1894.*

Demonstration des Präparats am 15. Mai 1894 vor der Pathological Society of London. Eine polypöse Neubildung verschloss fast vollständig beide Bronchien. Die Geschwulst ging nach der Meinung des Vortragenden von den Schleimdrüsen der Bronchien aus. SEMON.

f. Schilddrüse.

156) .... **Discussion über die Pathologie der Schilddrüse in der Section für Pathologie der Brit. Med. Association Meeting.** *Brit. Med. Journal. 23. September 1893.*

Victor Horsley giebt seinem Bedauern darüber Ausdruck, dass er bisher nicht in der Lage war, die Untersuchungen über die Transplantation der Schilddrüse in der beabsichtigten Weise auszuführen. Indess ist er der Meinung, dass es vielleicht vernünftiger ist, die Transplantation nach einer Behandlung mit Schilddrüsensaft vorzunehmen, so dass man die überpflanzte Drüse in ein gesundes umgebendes Gewebe, anstatt in ein erkranktes einbettet.

Otto Lanz (Bern) berichtet über eine Reihe von Versuchen an Hunden, in denen die Natur der Muskelzuckungen bei der Cachexia strumipriva festgestellt werden sollte.

John Thomson (Edinburgh) demonstrirt eine Reihe von Photogrammen von 3 Fällen von sporadischem Cretinismus, die das Aussehen des Kranken vor

und nach der Verfütterung von Schilddrüsen illustriren. In allen 3 Fällen ist ein deutlicher Fortschritt sichtbar.

G. R. Murray (Newcastle) hat an einem Affen experimentirt, dem zuerst durch Entfernung der Schilddrüse die Zufuhr von Secreten derselben vollständig abgeschnitten war und dem später diese Secrete durch Injection von Schafsschilddrüsenextract von neuem zugeführt wurden. Die Folge der Drüsenexstirpation war eine zunehmende Inactivität des Thieres, starke Abnahme der Anzahl der rothen Blutkörperchen, Sinken der Temperatur und Zittern. Nach der Zufuhr des Drüsenextractes gingen diese Symptome allmälig zurück.

MACKENZIE-JOHNSTON.

157) **N. Sukotscoff. Endemischer Kropf in dem Gebiete von Samarkand. (Endemia soba w Samarkanskoi oblasti.)** *Wratsch. 1893. No. 17.*

In der Umgebung von Samarkand ist der Kropf unter den Eingeborenen sehr verbreitet, ja es giebt Gegenden, wo alle Einwohner an dieser Krankheit leiden. Die Eingeborenen schreiben die Entstehung dieser Krankheit dem Trinkwasser zu. Die Hauptbeschäftigung der Eingeborenen besteht in Reisbau und das Wasser der Rieselwiesen wird als Trinkwasser benutzt. Sobald ein an Struma Leidender in eine kropffreie Gegend übersiedelt, so soll er seinen Kropf verlieren; andererseits soll jeder Eingewanderte an dieser Krankheit erkranken.

Gewöhnlich handelte es sich um den parenchymatösen Kropf. Unter 1000 Fällen fand S. blos 11 mal den Gefässkropf.

Die Eingeborenen behandeln den Kropf mit einer dort wachsenden Pflanze Cynoglossum macrostylum, zur Familie Borragineae gehörig, indem sie einen Aufguss der Pflanze trinken, und mit den bebrühten Blättern sich Umschläge auf den Kropf machen.

LUNIN.

158) **Suzman. Die Behandlung des Kropfes mittelst Massage. (The treatment of goiter by massage.)** *Philad. Med. News. 9. September 1893.*

Der S.'sche Fall betrifft ein 19jähriges Mädchen, das seit ihrem 11. Jahre einen Kropf hatte, der seit dem Pubertätseintritt, vom 13. Jahre ab, allmälig sich vergrössert hatte. Seit zwei Jahren klagte die Pat. ausserdem über eine Schwäche der rechten Hand und des Unterarms mit gelegentlichen Krämpfen in denselben. Diese Symptome wurden auf einen übermässigen Gebrauch der Hand beim Nähen und Stricken zurückgeführt. Ferner war die Pat. für catarrhalische Zustände an den Augen, der Nase und im Halse sehr empfänglich. Auch der Vater der Pat. hatte einen Kropf. Im Uebrigen war die Pat. in gutem Ernährungszustand, Herz und Lungen waren gesund. Beide Lappen der Schilddrüse waren vergrössert und von fester Consistenz. Da S. den Tumor als eine hyperplastische Proliferation des Schilddrüsengewebes mit einer Vermehrung der Follikelzellen ansah, instituirte er eine Massagebehandlung des Halses. Die Pat. musste dabei sitzen, der Kopf wurde leicht nach hinten übergebeugt, so dass der Hals gut blosslag. Der Masseur stand hinter der Pat. und legte die eingeölten Finger beider Hände in die Grube unter dem Unterkiefer. Die Bewegungen wurden dann langsam, synchron mit den Athembewegungen und mit wechselndem Druck vorgenommen. Die Pat. wurde

angehalten, tief zu athmen, um einen negativen Druck im Thorax herzustellen. Durch die Aspiration des Thoraxraumes und die Compression der Venen wurde in doppelter Weise die Rückkehr des venösen Blutes zum Herzen erleichtert; zugleich wurde die Circulation in den Lymphbahnen angeregt. Jede Sitzung dauerte 10 Minuten. Es machte sich bald eine Besserung geltend und nach Kurzem war eine augenscheinliche Verkleinerung des Kropfes zu constatiren. Die Patientin verweigerte indess eine weitere Fortsetzung der Cur. LEFFERTS.

159) **M. Mayo Collier** (London). **Eine grosse Geschwulst der Schilddrüse. Heilung durch Exstirpation. (Large tumour of the thyroid gland; removal; recovery.)** *Lancet. 23. September 1893.*

C. giebt die Krankengeschichte eines Falles von sehr umfangreichem Tumor der Schilddrüse. Die Trachea und der Larynx waren verlagert, der Tumor selbst stieg hinter dem Sternum in den Thoraxraum hinab. Das hervorstechendste Symptom war eine starke Dyspnoe. Der Tumor liess sich ohne grosse Schwierigkeit ausschälen; die mikroskopische Untersuchung ergab, dass er aus „schilddrüsenartigem festem Gewebe“ bestand. MACKENZIE-JOHNSTON.

160) **E. L. Tompkins. Basedow'sche Krankheit. (Exophthalmic goitre.)** *Am. Journal of Obstetrics. November 1893.*

Nichts Neues. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

161) **Maude. Die Symptomatologie der Basedow'schen Krankheit. (The symptomatology of exophthalmic goiter.)** *Philad. Medical News. 25. November 1893.*

Ein Auszug aus der im British Medical-Journal No. 1712 p. 892 veröffentlichten Arbeit. LEFFERTS.

162) **Grainger Stewart** u. **G. A. Gibson** (Edinburgh). **Bemerkungen über einige pathologische Erscheinungen in drei tödtlichen Fällen von Basedow'scher Krankheit. (Notes on some pathological appearences in three fatal cases of Graves's disease.)** *Brit. Med. Journal. 23. September 1893.*

Vortrag gehalten in der Section für Pathologie auf der Jahresversammlung der B. M. A. — In sämmtlichen Fällen bestand eine Drüsenhyperplasie mit catarrhalischen Veränderungen an einzelnen Acinis, die zahlreicher und kleiner als gewöhnlich und durch ein zartes bindegewebiges Stroma getrennt waren. Die colloide Substanz war fast ganz verschwunden. In einem Falle fand sich in den nervösen Organen keine Veränderung; in dem zweiten fand sich eine Blutung in dem 4. Ventrikel. Im dritten Falle sass eine kleine eitrige Cyste an der unteren Fläche des Pons. MACKENZIE-JOHNSTON.

163) **A. D. Rockwell. Die Behandlung der Basedow'schen Krankheit nach Erfahrungen an 45 Fällen. (The treatment of exophthalmic goitre based on forty-five consecutive cases.** *N. Y. Med. Record. 30. September 1893.*

Die Fälle R.'s erstrecken sich auf die Zeit von 1876 bis jetzt; R. hat dieselben klinisch gründlich beobachtet und im Laufe der Zeit die verschiedensten

Behandlungsmethoden erprobt. Er sagt: „Ich halte die Prognose dieser Erkrankung für besser als man sie im Allgemeinen stellt und wenn meine Erfolge besser waren, als sie manche andere Autoren aufzuweisen haben, so führe ich dieses auf die rationellere Anwendung des Mittels zurück, das meine Hauptstütze in der Therapie war und das ich gründlicher und andauernder zur Anwendung brachte, als Andere. Dieses Mittel ist die Elektricität und wenn ich auch die Medicamente keineswegs aus meiner Behandlungsmethode ausschliessen will, so dienen sie mir doch nur als Ergänzung neben dem Hauptmittel und sie wechseln je nach der individuellen Indication des Einzelfalles.

Die Verbindung von Digitalis oder Strophantus mit Eisen, Ergotin und Zinkbromid erscheint mir entschieden nützlich und ich glaube vor allem, dass die Combination dieser Mittel den Anforderungen der Mehrzahl der Fälle von Morbus Basedowii näher kommt, als jedes dieser oder anderer Mittel für sich allein. Der Elektricität aber wird wohl Jeder einen bedeutsamen Platz in der Therapie des M. B. anweisen und vor allem kann sie, wenn man sie zweckmässig anwendet, niemals Schaden verursachen.

Der Strom soll zwar stärker sein, als man ihn gewöhnlich empfiehlt, jedoch wird es selten nöthig über 10 oder 15 Milliampères hinauszugehen. Man wählt breite Elektroden und setzt sie hinten auf den Hals (Cilio-Spinal-Centren) und den Solarplexus auf. Mit den so angesetzten Elektroden habe ich den Strom wiederholt bis auf 60 Mp. getrieben und der Erfolg war ein sehr guter.

Indessen empfehle ich eine derartig heroische Therapie nicht. Die Idiosyncrasien wechseln und kaum einem Mittel gegenüber ist die Empfänglichkeit des Menschen eine so verschiedene und so wechselnde, wie gegenüber der Elektricität. Jeder Fall steht unter eigenem Gesetz und ist unabhängig und für sich allein zu studiren.

Schliesslich führe ich meine ausnahmsweise guten Resultate auch darauf zurück, dass ich neben den Droguen und dem galvanischen Strom auch die Methode der allgemeinen Faradisation gründlich in Anwendung gezogen habe."

LEFFERTS.

164) **David Owen** (Manchester). **Schilddrüsenverfütterung bei Morbus Basedowii. (Thyroid feeding in exophthalmic goitre)** *British Medical Journal. 2. December 1893.*

Der Pat., dessen Krankengeschichte O. mittheilt, litt seit 20 Jahren an Symptomen Basedow'scher Krankheit. Unter der Behandlung mittelst Schilddrüsenverfütterung besserte er sich so erheblich, dass er nach einiger Zeit im Stande war, seine Thätigkeit als Arbeiter wieder aufzunehmen. Als er aus Versehen die vorgeschriebene Dosis überschritt, traten zwei Tage lang unangenehme Symptome auf.

MACKENZIE-JOHNSTON.

165) **J. J. Putnam. Die Thyroidectomie bei der Behandlung der Basedow'schen Krankheit. (Thyroidectomy in the treatment of Graves's disease.)** *N. Y. Medical Journal. 12. August 1893.*

Nachdem Verf. daran erinnert, dass diese Operation bereits in etwa 40 Fällen ausgeführt ist, hauptsächlich von deutschen Chirurgen, und dabei nur 2 Todesfälle,

dagegen eine sehr grosse Anzahl von Heilungen und Besserungen erzielt seien, berichtet er über einen Fall aus seiner eigenen Praxis. Es handelt sich um eine junge Frau mit typischem Morbus Basedowii, der seit 9 Monaten bestand; der Kropf war ziemlich gross. Exstirpirt wurde der rechte Lappen und der grössere Theil des Isthmus. Während und nach der Operation stieg der Puls ausserordentlich in die Höhe und mehrere Tage lang befand sich die Patientin in einem augenscheinlich kritischen Zustand äusserster Niedergeschlagenheit. Dann erholte sie sich aber und jetzt, 6 Monate nach der Operation, befindet sie sich entschieden besser als vor derselben, obgleich sie von einer Heilung sehr weit entfernt ist. Der Rest des Tumors ist nicht geschrumpft und zeigt noch immer eine ausgesprochene Tendenz zur vasculären Anschwellung. Die Stimme, die unter dem directen Einfluss der Operation zur Flüsterstimme heruntergekommen war, hat jetzt nahezu ihren natürlichen Ton wieder erlangt. Es ist dies Vorkommniss kein ungewöhnliches.

Die Begründung der Operation liegt in der Thatsache, dass beim Morbus Basedowii gewisse nervöse Centren in einem Zustande übermässiger Reizbarkeit sich befinden. Jedes Mittel, einen grösseren Theil der Reize von den Centren fernzuhalten, wird natürlich von Nutzen sein, wenn ein Theil der Reize, der physiologische Rest, noch erhalten bleibt. Es sind verschiedene Mittel angegeben, die bis zu einem gewissen Grade so wirken, z. B. die völlige Ruhe, die Behandlung des Nasopharynx u. a. m.; kein Mittel indess ist so wirksam wie die Thyroidectomie. Freilich bringt die Operation auch ein geringes Periculum vitae und die etwas grössere Gefahr des temporären Collapses und der Kehlkopfparese mit sich.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

166) **A. H. Freiberg. Die chirurgische Behandlung der Basedow'schen Krankheit. (The surgical treatment of exophthalmic goitre.)** *Medical News. 26. August 1893.*

Verf. giebt eine umfassende Zusammenstellung der Litteratur. Die Gesammtzahl der Fälle, die er auffindet, ist 41. Von diesen wurde in 33 der Kropf exstirpirt, und zwar 21 mal partiell, 1 mal total; bei den übrigen 11 fehlen genauere Angaben über die Operation. Von den operirten Patienten starben zwei an dem Eingriff. Die Mortalität der Exstirpation unter solchen Umständen beträgt also etwa 6 pCt. Die Fälle wurden mittelst Ligatur der Schilddrüsenarterien behandelt, 5 mittelst verschiedener Arten von Punction. Alle diese Fälle überstanden den Eingriff. In 25 schwanden alle Symptome, 11 wurden gebessert, 3 blieben ohne Besserung, und in einem Falle wurde der Exophthalmus nach der Operation noch stärker. Wenn von den 41 Fällen 25 als geheilt bezeichnet werden, so ist doch darauf hinzuweisen, dass nur in 15 Fällen die Beobachtung der Fälle sich auf eine die Zeit von 6 Monaten überschreitende Dauer erstreckt. Mehrere Fälle sind nur 6 Wochen bis 4 Monate alt.

Der Verf. schliesst mit folgenden Worten: „Wenn wir uns auch kaum dem enthusiastischen Ausspruch eines neueren deutschen Autors anschliessen können, dass „hinfort die Basedow'sche Krankheit dem Chirurgen gehört", so sind die chirurgischen Erfolge auf diesem Gebiete in der That doch ermuthigend. Wir

dürfen hoffen, dass die Zukunft der chirurgischen Therapie weitere Stützen zuführen und dass die fortschreitende Erkenntniss das bisher noch rein empirische Verfahren zu einem rationellen gestalten wird."

Die Arbeit wurde vom Verf. in der Vereinigung Amerikanischer Aerzte in Berlin vorgetragen.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

167) **S. Solis-Cohen. Ein paar Fälle von Trophoneurosen, die mit Abnormitäten der Schilddrüse in Zusammenhang stehen. (Some of the trophoneuroses associated with abnormity of the thyreoid gland.)** *N. Y. Medical Journal. 25. März 1893.*

Der Verf. demonstrirte Photographien von 2 Fällen von Akromegalie, bei denen augenscheinlich die Schilddrüse fehlte; beide Patienten, die auch ausgesprochene Veränderungen am Skelett neben denen des Gesichts, der Hände etc. darboten, waren Männer. Verf. erwähnt auch eine Anzahl Fälle, in denen die Schilddrüse nicht nachweisbar war und die einige, wenn auch nicht alle Veränderungen darboten, wie sie bei typischen Fällen von Akromegalie sich finden. In einem dieser Fälle zeigten Hände und Ohren ausgesprochene lokale Asphyxie (Raynaud'sche Krankheit), während Schmerzen und eine vorübergehende Röthe, die in den Füssen beim Gebrauch derselben auftraten, an den von Weir Mitchell als Erythromelalgie beschriebenen Zustand denken liessen. In einem anderen Falle waren bei einem älteren Manne Herzbeschwerden und Muskeltremor mit Schwund derselben, wie bei progressiver Muskelatrophie, zu constatiren.

Von weiteren Fällen mit anscheinender Atrophie der Schilddrüse hat Verf. beobachtet: einen Fall von hypertrophischer Osteo-Arthropathie mit Emphysem und fibröser Phthise bei einem 50jährigen Manne; einen Fall von Sklerodermie mit Herzsymptomen, Muskelzittern und geistigen Veränderungen bei einer Frau von anscheinend hohem Alter, die indess darauf bestand, noch nicht 40 Jahre zu sein; ferner einen Fall von einseitiger spontaner Gangrän und Ulceration der Zehen und Füsse (Raynaud'sche Krankheit) mit doppelseitigen spasmodischen Erscheinungen an den Gefässen bei einer über 60jährigen Frau. In diesem letzten Falle bestanden gewisse Veränderungen an den Fingern und Nägeln, welche an einem Finger an Akromegalie, an einem anderen an rheumatoide Arthritis, an einem dritten an Sklerodaktylie erinnerten; die Nägel aller Finger waren nach Art der Hippocratischen Finger gekrümmt, wie bei der Osteo-Arthropathie der Phthisiker.

Der Redner ging dann zu den trophischen und vasculären Störungen, die mit einer Vergrösserung der Schilddrüse einhergehen, über. Er erwähnt kurz die Basedow'sche Krankheit, das Myxoedem und den Cretinismus, wobei er mit Nachdruck betont, dass ebenso wie bei der Akromegalie eine Schwellung der Schilddrüse vorhanden sein kann, statt Atrophie oder Fehlens derselben, ebenso auch beim Myxoedem und Cretinismus der Kropf fehlen kann. Auf alle Fälle beweist das Experiment der Thyroidectomie mit der Cachexia strumipriva, die ihr folgt, dass die Symptome eine Folge der functionellen Atrophie sind, wobei es ganz gleichgültig ist, ob die nicht-wesentlichen anatomischen Elemente eine Hyperplasie verursachen.

Der Zusammenhang des Rheumatismus mit der Basedow'schen Krankheit, sowie die Heredität beider, ist ein zu häufiges Vorkommniss, als dass eine bloss zufällige Coincidenz beider Krankheiten vorliegen könnte. In gewissen Fällen von rheumatoider Arthritis fand sich die Schilddrüse vergrössert. Zur Vervollständigung der beobachteten Krankheits-Associationen erinnerte Redner noch an das gelegentliche Vorkommen von Epilepsie beim Morbus Basedowii, ferner an zwei Fälle aus seiner Praxis, ein junges Mädchen, stark anämisch, mit Schilddrüsenschwellung und gelegentlicher Tachycardie, bei der sich ein petit mal entwickelte, der andere ein Mann mit Kropfgeschwulst, gelegentlicher Tachycardie und Fluxionen zum Kopf mit epileptischen Paroxysmen. Der nicht seltene Ausgang mancher dieser Zustände in Phthise dürfte einfach mit dem geschwächten Allgemeinzustand zusammenhängen, doch weisen einige neuere Beobachtungen (Haemoptyse nur während der epileptischen Anfälle auftretend, ohne nachweisbare Läsion der Lunge; ferner ein Fall von lokaler Asphyxie mit ganz unbedeutenden Symptomen in der Brust und vereinzelten Tuberkelbacillen im Sputum) darauf hin, dass vielleicht auch vasculäre Störungen in der Lunge dabei mitspielen.

Zum Schluss gedenkt Verf. der Erfolge, die von verschiedenen Autoren beim Myxoedem durch Verpflanzung von Schilddrüse, durch Injection von Thyroid-Extract oder Verfütterung frischer Drüsen erzielt sind; es lässt sich hoffen, dass diese Behandlung auch bei den verschiedenen anderen erwähnten Affectionen von Nutzen sein wird.

LEFFERTS.

168) **Nielsen** (Kopenhagen). **Ein Fall von Myxoedem durch Fütterung mit Glandulae thyreoideae (von Kälbern) geheilt, nebst einer Hypothese über die physiologische Function dieser Drüse.** *Monatsh. f. prakt. Dermat. 9. 1893.*

Bei einem 33jährigen Fräulein mit Myxödem verschwanden schon nach verhältnissmässig kurzem Gebrauch der Kur, die in dem Genuss von gekochten Glandulae thyreoid. vom Kalbe bestand, die Symptome nahezu vollständig. Gleichzeitig stellten sich starke Reactionserscheinungen ein, bedeutende Mattigkeit, nächtlich exacerbirende Schmerzen und Empfindlichkeit des ganzen Körpers, Hautparästhesien und eine völlige Abschuppung der Epidermis.

Diese Behandlung darf nicht mit dem Aufhören der Krankheitssymptome abgeschlossen werden, das fehlende Secret muss continuirlich das ganze Leben hindurch dem Organismus durch Aufnahme durch den Darmkanal zugeführt werden.

SEIFERT.

169) **Ord** u. **White. Veränderungen im Urin nach Darreichung von Schilddrüsenextract. (Changes in the urine after administration of thyroid extract.)** *Philad. Med. News. 23. September 1893.*

In dem Myxödemfalle, an dem die Verff. ihre Untersuchungen anstellten, wurden täglich 20 Tropfen eines Glycerinextracts aus Schafsschilddrüse (was etwa $^1/_6$ einer Drüse entspricht) gegeben; die Ernährungsbedingungen waren natürlich vor und während des Versuchs die gleichen. Es fand sich eine Zunahme der Urinmenge; die N-Ausscheidung überstieg die Stickstoffaufnahme. Die Phosphorsäure- und Chlorausscheidung waren nicht beeinflusst. Die vermehrte N-Aus-

fuhr fand hauptsächlich in Form von Harnstoff statt. Das Körpergewicht sank rapide, die Temperatur war etwas erhöht. LEFFERTS.

170) Alexander Napier (Glasgow). **Die Diurese und vermehrte Harnstoffausscheidung bei der Schilddrüsenbehandlung des Myxoedems. (Diuresis and increased excretion of urea in the thyroid treatment of myxoedema.)** *Lancet. 30. September 1893.*

Bericht über einen mit Schilddrüsenextract behandelten Fall, bei dem während der ganzen Dauer der Behandlung fortlaufende und systematische Untersuchungen des Urins gemacht wurden. Die Resultate der Bestimmungen werden in tabellarischer Uebersicht vorgeführt. Aus der Tabelle geht hervor 1. eine Gewichtsabnahme des Patienten, 2. eine diuretische Wirkung der Schilddrüsensubstanz, 3. eine erhebliche Steigerung der Harnstoffausscheidung.

MACKENZIE JOHNSTON.

171) Arthur C. Hartley (Bedford). **Die Schilddrüsenverfütterung bei gewissen Hautkrankheiten. (Thyroid gland feeding in certain skin diseases.)** *British Medical Journal. 30. September 1893.*

Verf. bespricht in einem Briefe an den Herausgeber einen Fall von ausgebreiteter Psoriasis, den er erfolgreich mit Schilddrüsenextract behandelt hat.

MACKENZIE JOHNSTON.

172) Arthur Davies (London). **Behandlung mit Schilddrüsensaft bei Myxödem und bei Hautkrankheiten. (Thyroid treatment in myxoedema and skin disease.)** *British Medical Journal. December 9. 1893.*

Ein Vortrag vor der Hunterian Society of London am 25. October 1893, der die bis dahin gewonnenen allgemeinen Kenntnisse über den Werth und die Nachtheile dieser Methode zusammenfasst. SEMON.

173) Kocher. **Schilddrüsentherapie bei Cachexia strumipriva. (Thyroid-therapy for the cachexia strumipriva.)** *Philad. Med. News. 9. September 1893.*

In einer Versammlung der Schweizer Aerzte stellte Kocher (Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte. 1893. No. 15. p. 529) 5 Fälle von Cachexia strumipriva vor, bei denen die Schilddrüsenextractbehandlung genau so gute Erfolge gegeben hatte, wie sie bei Myxödem erzielt wurden. LEFFERTS.

g. Oesophagus.

174) H. D. Niles. **Gastrotomie bei Strictur der Speiseröhre. (Gastrotomy in stricture of the oesophagus.)** *N. Y. Med. Record. 2. December 1893.*

Der Vf. giebt einen kurzen geschichtlichen Ueberblick über die Gastrotomie und stellt die Ansichten einiger hervorragender Chirurgen über dieselbe zusammen. Alle sind darin einig, dass dieselbe häufig auch bei nicht-malignen Stricturen nützlich ist und nur eine verschwindende Minorität leugnet, dass sie der carcinomatösen Oesophagusstrictur gegenüber den Werth eines die Leiden mildern-

den und das Leben verlängernden Mittels hat. Freilich ist sie in diesem Falle immer nur als das Ultimum refugium betrachtet worden und deshalb hat sie auch noch nicht die glänzenden Resultate wie so manche andere Operation am Abdomen. Uebte man erst dieselbe Präcision der Diagnose und dieselbe Raschheit der Operation bei der Gastrotomie wie bei diesen anderen Operationen, so würde fraglos auch bei der Gastrotomie die Mortalität sinken und die Erfolge wachsen.

Was die Todesursache bei zahlreichen Gastrotomiefällen anlangt, so findet man bei nicht weniger als 75 pCt. entweder Shock oder Peritonitis durch Einfliessen von Mageninhalt in die Peritonealhöhle angegeben. Macht man die Operation ehe der Pat. sehr geschwächt ist, so wird man die erstere Gefahr erheblich vermindern und wenn man nach der Operation länger wartet und für die feste Vereinigung des Magens mit der Bauchwand mehr Zeit lässt, so wird man auch die zweite Gefahr verhüten. Sind aber diese beiden Gefahren ausgeschaltet, sollte dann für manche Oesophagusstrictur nicht als erstes Mittel, anstatt als letztes die Gastrotomie zu empfehlen sein?

Das ist die Frage, die sich N. vorlegt; er kommt zu der Ansicht, dass für einen Theil der Fälle die Sache schon heute so liegt, weil bei ihnen die heutigen Methoden schon frühzeitig eine sichere Diagnose und eine zuverlässige Prognose gestatten und dass auch für die anderen Fälle der Tag nicht mehr fern ist, wo die Gastrotomie aus dem Ultimum refugium zur Frühoperation wird.

LEFFERTS.

175) **Keen. Gastrotomie in einem Falle von Oesophaguscarcinom. (Gastrotomy in a case of carcinoma of the oesophagus.)** *Philad. Medical News. 23. December 1893.*

Man entschloss sich zur Gastrotomie und führte dieselbe nach Witzel folgendermassen aus: Man machte eine Incision von 4 Zoll Länge, von der Mittellinie nach links verlaufend, 1 Finger breit unter dem Rippensaum; die Rectusfasern wurden mit den Fingern auseinandergedrängt, nicht gespalten. Mit zwei Fingern wurde dann der Magen gefasst und nach vorn aus der Wunde herausgezogen; die Wundränder wurden mit Gaze geschützt. Ein Gummirohr von 5 Zoll Länge (No. 25 der französischen Catheterscala) wurde in den Magen eingeführt und durch zwei Reihen Lembert'scher Nähte befestigt. Die Oeffnung im Magen wurde dann nach der Cardia hin erweitert; die Tube, welche der äusseren Wunde parallel lief, ragte nahe der Mittellinie heraus. Nun wurden 3 Nähte in die Magenwand eingelegt, jedoch nicht zugezogen, auch die Nadeln blieben stecken. Nach der Reposition des Magens ins Abdomen wurden diese Nadeln durch die Bauchwand gestossen, so dass der Magen der äusseren Wunde anlag. Eine Catgutnaht, die die Magenwand und einen Theil des Rohres fasste, ohne jedoch dessen Lumen zu verschliessen, hielt die Tube in ihrer Lage. Die Tube ragte etwa 1 Zoll weit in den Magen. Die Ränder der Bauchwunde wurden durch Seidennähte einander genähert und ein gewöhnlicher Verband angelegt. Eine Klemme an dem äusseren Ende des Rohres hinderte das Austreten von Mageninhalt. — Die Heilung verlief ganz glatt.

LEFFERTS.

III. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) E. Zuckerkandl. Normale und pathologische Anatomie der Nasenhöhle und ihrer pneumatischen Anhänge. I. Band. II. umgearbeitete Auflage mit 34 lithographirten Tafeln. Wien und Leipzig. Wilhelm Braumüller. 1893.

Das so schnelle Erscheinen der zweiten Auflage dieses wichtigen Werkes ist der beste Beweis seines Werthes und seiner Unentbehrlichkeit für den Anatomen und Rhinologen. Derselbe wird noch erhöht durch die Beigabe einer Monographie über das Gefässsystem der Nase, welche Z. im Jahre 1884 in den Denkschriften der kaiserl. Akademie zu Wien veröffentlicht hatte, durch vergleichend anatomische Bemerkungen über die Osteologie der Nasenhöhle und durch viele Ergänzungen. Der Umfang des Buches hat sich dadurch sehr vergrössert und die Zahl der Tafeln um 12 vermehrt; der letztere Umstand wird besonders von all' den Aerzten mit Freude begrüsst werden, denen anatomische Sammlungen nicht zur Verfügung stehen, aber auch von allen anderen Lesern, da es sich um ausgezeichnete, klare und doch nicht schematische Bilder von meistens seltenen, immer aber wichtigen Befunden handelt. Es mag hier gleich erwähnt werden, dass die Verlagshandlung dafür und für die schöne Ausstattung allen Dank verdient.

Um nun Einzelnes hervorzuheben, sei zunächst erwähnt, dass die Septumdeviation bei aussereuropäischen Völkern seltener vorkommt als bei den Europäern, ebenso wie die Crista lateralis, wahrscheinlich in Folge geringerer Entwickelung des Kiefergerüstes bei letzteren, dass typisch eigentlich 3, manchmal sogar 4 Siebbeinmuscheln (die sogen. untere Muschel, richtiger Muschelbein genannt, nicht mitgerechnet, weil sie nicht zum Siebbein gehört) beim Menschen vorkommen, dann ferner die detaillirten Angaben über die Gefässe und Schwellkörper der Nasenschleimhaut und über die nervösen Apparate des Geruchsorgans; alle diese Verhältnisse werden eingehend histologisch und vergleichend anatomisch meisterhaft geschildert und durch zahlreiche Abbildungen auf 16 Tafeln erläutert. Die Atrophie der Nasenmuscheln leitet Z. von einem abgelaufenen chronischen hypertrophischen Katarrh ab.

Seine interessanten Angaben über Kiefercysten, welche Highmor's-Höhlenerkrankung vortäuschen können, über Stirn- und Keilbeinhöhlen im gesunden und kranken Zustande sind von grösster Wichtigkeit für den Praktiker. Tröstlich ist es endlich, zu erfahren, dass Z. bei so vielen Fällen von Polypen der Nase niemals Caries oder Necrose der Siebbeinzellen gesehen hat (ausser bei Lues oder Tuberculose), dass daher die Angaben von Woakes und Grünwald gewiss übertrieben sind, dass er bei Empyem der Kieferhöhle niemals Caries, sondern oft Osteophyten fand, und dass er endlich oft Ozaena, Polypen und eitrige Rhinitis constatirte, ohne dass die Nebenhöhlen oder die Nasenknochen erkrankt waren.

Chiari.

b) Lehrbuch der Ohren-, Nasen- und Halskrankheiten. (System of the diseases of the ear, nose and throat.) Herausgegeben von **Charles H. Burnett,** A. M. M. D. emerit. Professor an der Philadelphia Policlinic. 2 Bände. Mit Illustrationen. J. B. Lippincot u. Co. 1893.

Das weitgehende Interesse, das die im vorliegenden Lehrbuch abgehandelten Gebiete der Medicin in der Gegenwart in Anspruch nehmen, findet einen Ausdruck in dem bei aller Knappheit der Einzelabhandlungen doch erheblichen Umfang des Werkes. Es würde den uns zu Gebote stehenden Raum weit überschreiten, wollten wir jedem einzelnen der zahlreichen wichtigen Kapitel eine kritische Besprechung widmen; es genüge, auf diejenigen Abschnitte aufmerksam zu machen, die uns von besonderem Werth und Interesse zu sein scheinen und dabei gleichzeitig den Charakter des Buches als Ganzes ins rechte Licht zu setzen. Um mit diesem zweiten Theil unserer Aufgabe zu beginnen, so darf nicht verhehlt werden, dass die Art der Behandlung in den einzelnen Abschnitten sonderbare Ungleichheiten zeigt. In manchen Kapiteln zeigt der betreffende Verfasser zweifellos die bewusste Absicht, in klarer und conciser Form alles thatsächliche Material, das bezüglich seines Gegenstandes vorliegt, zusammenzustellen und den Autoren, die auf dem betreffenden Gebiete gearbeitet haben, gerecht zu werden. In anderen Kapiteln dagegen geht er rein subjectiv vor, bringt durchaus persönliche Anschauungen bezüglich der Krankheitsursache und rein individuelle Bemerkungen bezüglich der Therapie, ohne die Ansichten und Resultate anderer Forscher auf demselben Felde auch nur zu erwähnen. Das Letztere findet indess nur in relativ wenigen Fällen statt. Der übergrosse Umfang des gesammten „System" hätte sich vielleicht durch eine strengere Handhabung der Privilegien des Herausgebers merkbar beschränken lassen. Freilich muss die Aufgabe desselben in diesem Punkte eine recht schwierige sein. Dass die Anschauungen einer grossen Anzahl von Specialisten mit in Contribution gesetzt werden, ist ja naturgemäss und ein hervorragender Zug eines derartigen Sammelwerkes, wie es B.'s Buch ist. Allein, was die Auswahl der Punkte anlangt, in denen eine individuelle Behandlung am Platz war, so hätten nach unserer Anschauung manche Verwirrung und nicht wenige unnöthige Wiederholungen sich vermeiden lassen, hätte der Herausgeber diese Punkte schärfer bestimmt und enger umgrenzt. Wenn der Leser in den Besitz der Ansichten mehrerer Autoritäten über eine Frage gelangt, so kann dies seine Ueberzeugung vielleicht kräftigen auf solchen Gebieten, auf denen die verschiedenen Autoren einig sind; wo aber die Ansichten auseinandergehen, da kann nur Zweifel und Unsicherheit seitens des Lesers die Folge sein. Indessen als Ganzes genommen, muss B.'s „System" mit wenigen Ausnahmen, auf die wir weiter unten zurückkommen, als ein durchaus vollständiger und ausreichender Grundriss und als ein praktischer Führer durch das Gebiet der Ohren-, Nasen- und Halskrankheiten, durch die grosse Menge ihrer therapeutischen Methoden und ihre zahlreichen und complicirten Krankheitsformen, angesehen werden.

Das Werk beginnt mit den Ohrenkrankheiten, welche, als dem Referatsbezirk des Centralblatts nicht angehörig, auf den Wunsch des Herausgebers hier unbesprochen bleiben.

Der zweite Theil des Werkes gehört den Krankheiten der Nase und des Nasopharynx; er beginnt mit einer ausführlichen Schilderung der Anatomie und Physiologie dieser Theile durch Dr. Mc Coy (Philadelphia); der Abschnitt enthält gute Abbildungen, die nach den Hirschfeld'schen Bildern gefertigt sind. Für die Methodik der localen Behandlung sind sehr bestimmte und genaue Anweisungen gegeben. Dr. F. H. Bosworth (New York) nimmt die Frage der acuten Rhinitis in Angriff und beschäftigt sich dabei auch mit dem schwierigen Problem der Entstehung des Schnupfens. Wie so viele andere lässt er sich in Speculationen ein über die Reflexwirkung der Abkühlung entfernter Theile und doch bemerkt er selbst ganz richtig, dass uns dergleichen Speculationen der wirklichen Erkennung der Sache nicht einen Schritt näher bringen. B. macht den Vorschlag, den Schnupfen zu coupiren durch locale Aetzung der Nasenschleimhaut mit Chromsäure; wir vermissen aber jede Angabe über die sofortigen oder späteren Erfolge, die mit dieser Behandlungsmethode bisher erzielt worden sind.

Ein Kapitel über die Influenza und die Amerikanische Grippe von Dr. Carl Seiler dürften das Interesse des Lesers erregen durch die Beschreibung eines im Verlauf der Influenza vorkommenden Zustandes, den der Verf. als „Myxoidema" der Schleimhaut der Nase und der oberen Luftwege bezeichnet und der den meisten europäischen Lesern wohl neu sein dürfte. Die hypertrophische und atrophische Rhinitis besprechen Dr. Seiss (Philadelphia) und Dr. Mackenzie (Baltimore), Tuberculose, Syphilis und Lupus der Nase Dr. Major (Montreal), von dem auch die Erscheinungen der Diphtheritis in der Nase ausführlich behandelt sind. Es folgen die Kapitel: Fremdkörper in der Nase und Nasenbluten von Creswell Baber (Brighton, England); alle diese Abschnitte sind klar, präcis und einfach geschrieben. Die Besprechung der Rhinolithen ist von besonderem Interesse und hebt sich vortheilhaft ab von einer weniger geschickten Behandlung desselben Themas durch einen anderen Autor. Ueber die Krankheiten der Nasennebenhöhlen liegt ein sehr lesenswerther Bericht von Dr. Bryan (Washington) vor, in dem eigene Beobachtungen und Ansichten in geschickter Weise verwerthet sind. Die chirurgischen Eingriffe in der Nasenhöhle bespricht Dr. Jarvis (New-York); einiges Erstaunen dürfte wohl die grosse Reihe von neurotischen Zuständen erregen, die der Verf. als aus den verschiedenen Formen von Hypertrophie in der Nase hervorgehend schildert, sowie die lange Liste von Instrumenten, die zu deren Beseitigung empfohlen sind. Der Verf. zeigt dabei eine entschiedene Vorliebe für die Instrumente seiner eigenen Erfindung, warnt aber doch vor ihrer zu ausgiebigen Verwendung in den Fällen, in denen die abnormen Zustände nur geringfügig sind. Derselbe Gedanke kehrt in den Artikeln: Heufieber von Dr. Bosworth und Neurosen von Dr. White (Richmond) wieder; beide Autoren halten die zu verallgemeinerte Annahme eines nasalen Ursprungs für jede spasmodische Affection nicht für richtig; beide rathen aber zu einem operativen Verfahren in jedem Falle, in dem sich wirklich Veränderungen in den Nasenwegen finden. Erwägt man, dass die eine oder andere Veränderung sich thatsächlich in jeder Nase findet, so erscheint ein solcher Rath nicht nur nicht harmlos, sondern geradezu gefährlich. Es wäre sehr wünschenswerth, dass die Chirurgen auch solche Fälle publicirten, in

denen die Neurose durch die Operation nicht gebessert wurde. Nur so könnte man eine wahre Statistik gewinnen über das Verhältniss zwischen nasalen Affectionen und Reflexneurosen. Dass ein Zusammenhang besteht zwischen der Nase und anderen Theilen, die von Aesten des Vagus versorgt werden, ist in der Theorie völlig klar; allein dies berechtigt keineswegs zu der Annahme, dass nun jede functionelle Störung in solchen Theilen oder Organen nothwendigerweise durch einen abnormen Zustand in der Nase bedingt sein müsse. Die Basedow'sche Krankheit z. B. ist durch nasale Operationen sowohl geheilt wie zum Ausbruch gebracht worden, allein der gleiche Effekt hat sich auch durch anderweitige schwere Shocks erzielen lassen, die auf Theile einwirkten, welche mit der Nase in keinerlei Zusammenhang stehen.

Der dritte Theil des „Systems" ist den Krankheiten des Rachens und Kehlkopfs gewidmet. Die Anatomie und Physiologie behandelt wieder Dr. Mc Coy; die Pflege und Hygiene der Stimme bespricht Dr. Hartwell Chapman, dessen Darlegungen an sich ganz interessant sind, aber über die Ausführungen zweier wohlbekannter englischer Werke sicherlich nicht hinausgehen. Von den einfacheren Affectionen des Pharynx ist wenig zu sagen, aber auch die meisten Kapitel der Kehlkopfkrankheiten geben zu rühmendem Hervorheben weniger Anlass, als sonst ein Theil des Werkes. Besonders der Artikel Kehlkopfneurosen ist so dürftig gehalten, dass man geradezu annehmen muss, dem Verf. seien die ganzen modernen experimentellen Bestrebungen auf diesem Gebiete der Neurologie unbekannt. Von den kleineren Fehlern in diesem Abschnitt sei erwähnt, dass die Bilder, die doch offenbar das Spiegelbild der betreffenden Affectionen wiedergeben, im Text falsch beschrieben werden.

Die acute Laryngitis bespricht in einem sehr eingehenden Kapitel Dr. Arnold (San Francisco), der auch recht bestimmte Regeln darüber aufstellt, wie man am besten den Kehlkopfcatarrh vermeidet, ohne indess klar auszusprechen, ob die, welche seinen Regeln folgen, sich wirklich niemals erkälten. Dr. Glasgow bespricht den Croup, der an anderer Stelle als idiopathische membranöse Laryngitis abgehandelt ist, und Dr. J. Lewis Smith die Diphtherie, wobei er auf die lokale Anwendung von Wasserstoffsuperoxyd grossen Nachdruck legt.

Die Intubation und die Tracheotomie beschreibt und vergleicht Dr. Nancrede (Michigan). Es folgen die Kapitel lupöse und lepröse Laryngitis von Dr. Ramon de la Sota y Lastra (Sevilla), chronische Laryngitis von Dr. Shurley (Detroit) und Fremdkörper von Dr. Roe (New York). Die letzten Kapitel, welche die Geschwülste und Deformitäten des Larynx behandeln, sind von Mr. Lennox Browne (London). Soweit die pathologischen Zustände selbst beschrieben werden, hält sich die Schilderung auf der Höhe der übrigen Theile des Buches. Der Verf. benutzt aber die Gelegenheit, um wieder einmal seine Theorie von der Umwandlung benigner Geschwülste in maligne durch den operativen Eingriff zu discutiren. Der Werth dieses Theorems ist schon seit langem durch die vom Herausgeber des Centralblatts im Jahre 1888 eingeleitete Sammelforschung klargestellt worden. Aber augenscheinlich nicht überzeugt durch die Thatsachen, die in grosser Zahl gegen ihn stehen, versucht der Autor in der vorliegenden Abhand-

lung seine Theorie als allgemein anerkannt hinzustellen und glaubhafte Zeugnisse beizubringen, auf die er diese Behauptung stützt. Unter seinen Gewährsmännern stellt er Semon selbst obenan. Sieht man die betreffenden Citate genauer an, so kann man die Ueberzeugung nicht unterdrücken, dass der Verf. mit Bedacht einen wesentlichen Theil des Satzes, den er citirt, unterdrückt hat und dass er sich nicht scheut, den Anschein zu erwecken, als ob der verstümmelte und zurechtgestutzte Auszug, den er giebt, ein Ausdruck der Zustimmung Semon's zu seiner Theorie sei. Diese Art der Argumentation, die man gemeinhin als eine Suppressio veri und Suggestio falsi bezeichnet, ist zum Glück in den Blättern wissenschaftlicher Controversen selten anzutreffen. Als Waffe in der Hand unskrupulöser Politiker kann diese Methode wohl öfters sich werthvoll erweisen, um eine unwissende Zuhörerschaar zu überzeugen; für wissenschaftliche Zwecke benutzt, wie im vorliegenden Falle, richtet sie sich nur gegen den, der sie anwendet, und dient nur dazu, die ganze Schwäche der Sache blosszustellen, der sie dienen soll. Denn wenn Semon des Autors stärkster Zeuge ist und sein Zeugniss ersichtlich nur verwerthet werden kann, indem man seine Worte zurechtstutzt und seine Meinung verkehrt, was soll man dann von dem Zeugniss der schwächeren Gewährsmänner halten? Es ist tief bedauerlich, dass ein derartiges repräsentatives Sammelwerk amerikanischer Wissenschaft zur Arena werden durfte für eine Kampfmethode, die den Traditionen des britischen „Fairplay“ so völlig fremd und die auch der Gesellschaft so gänzlich unwürdig ist, in welche sie wohl nur unwissentlich aufgenommen wurde.

E. Clifford Beale.

IV. Briefkasten.

Aus der Sprechstunde.

Halsarzt zur Mutter eines mit adenoiden Vegetationen behafteten 7jährigen enfant terrible: „Und schnarcht der Kleine?“ —

Enfant terrible — ehe die Mutter antworten kann —: „O, Mama schnarcht furchtbar!“ — Tableau! —

(Vorstehende niedliche Geschichte, die sich vor Kurzem in der Sprechstunde des Herausgebers wirklich ereignete, findet sich im „Punch“ vom 15. September von Du Maurier's Meisterhand wunderhübsch illustrirt.)

Gedruckt bei L. Schumacher in Berlin.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XI. Berlin, November. 1894. No. 5.

I. Referate.

a. Allgemeines, äusserer Hals etc.

1) **Berggrün** (Wien). **Jahresbericht über die im Jahre 1893 auf Prof. Montis Kinderspitals-Abtheilung der Allg. Poliklinik in Wien aufgenommenen Kranken.** *Archiv f. Kinderheilkunde. XVII. Band. No. 3, 4. 1894.*

Aus dem sehr interessanten und sorgfältig gearbeiteten Berichte über 213 Fälle entnehme ich nur, dass behandelt wurden:

1 Fall: Polypen der Nase,
1 Fall: Adenoide Vegetationen,
2 Fälle: Stomatitis,
2 Fälle: Retropharyngealabscess.

Postdiphtheritische Lähmungen wurden 2mal gesehen: 1mal war besonders die Intercostalmusculatur und das Zwerchfell befallen; letaler Ausgang.

1mal bestand Parese der unteren Extremitäten, Paralyse des Velums und Paralyse der Nackenmuskeln; nach 4 Wochen besserten sich alle Erscheinungen, nur der Nacken blieb noch stark paretisch.

Zu bemerken ist, dass Diphtherie nach den Statuten nicht aufgenommen werden darf. CHIARI.

2) **Gerber** (Königsberg). **Zweiter Jahresbericht des Ambulatoriums für Hals-, Nasen- und Hautkranke.** Königsberg. 1894.

Im Laufe des Jahres 1893 wurde das Ambulatorium von 1132 Patienten aufgesucht, von denen 597 mit Krankheiten der Mundrachenhöhle und des Kehlkopfes, 535 mit Krankheiten der Nase und des Nasenrachenraumes behaftet waren. Aus den der Aufzählung der einzelnen Krankheitsformen angefügten kurzen Bemerkungen sei nur das Eine hervorgehoben, dass Erhebungen über die Aetiologie der Ozaena sorgfältigst geführt wurden und bisher eine Beziehung derselben zu Erkrankungen der Nebenhöhlen nicht ergeben haben. SEIFERT.

3) **Gies** (Rostock). **Drei Jahre poliklinischer Thätigkeit.** *Arch. f. klin. Chirur. 47. Bd. 3. 4. 1894.*

In diese Statistik sind eine grössere Anzahl von Erkrankungen der äusseren und inneren Nase, der Nasenhöhlen, der Mund- und Mundrachenhöhle aufgenommen mit Bemerkungen über die Behandlungsweise. SEIFERT.

4) **Annequin** (Grenoble). **Angina Ludovici. (Angine de Ludwig.)** *Dauphiné médical. Mai 1894.*

Ein Fall dieser Krankheit, von den Zähnen ausgehend, ohne besonderes Interesse. Frühzeitige Incision in der Mittellinie des Halses. Rasche Heilung.

LUC.

5) **Lejars. Halsfisteln mit zusammengesetzter Wandstructur: gestreifter Musculatur, Drüsen und Divertikeln. Therapeutische Bemerkungen. (Fistules branchiales à paroi complexe: gaine musculaire striée, glandules et diverticules; déductions thérapeutiques.)** *Progrès médical. 13. Februar 1893.*

An einem Cadaver in der Ecole Pratique beobachtete L. folgende Verhältnisse: Rechts fand sich eine Fistelöffnung an der vorderen seitlichen Halspartie; an dieselbe schloss sich ein langer röthlicher, längsgestreifter, offenbar musculärer Gewebszug an. Dieses Muskelbündel vermischte seine Fasern mit denen des Constrictor pharyngis superior. Der Fistelgang endigte blind in der Höhe des oberen Randes des Schildknorpels. Nicht weit von seinem oberen Ende lag eine kleine wohl ausgebildete Drüse dem Muskelstreifen an: ein Ausführungsgang derselben eröffnete sich in den Fistelgang.

Links sah man oberflächlich auf der äusseren Haut nichts. Allein bei der weiteren Präparation fand man dasselbe pharyngo-cutane Muskelbündel, das dem rechten völlig symmetrisch lag, hier jedoch isolirt, ohne Drüse und ohne Fistelgang.

Die Therapie hat in diesen seltenen Fällen die Aufgabe, die Fistelgänge in ihrer ganzen Länge, sei es durch Electrolyse oder auf dem Wege blutiger Exstirpation, zu zerstören. H. MENDEL.

6) **Carl Beck. Resection des Zungenbeins zur Radicalcur der Fistula colli congenita. (Resection of the hyoid bone for radical cure of fistula colli congenita.)** *N. Y. Med. Record. 17. März 1894.*

Verf. hat im Ganzen 6 Fälle beobachtet; drei davon, durchgehends laterale Fisteln, wurden durch wiederholte Application des Galvanocauters geheilt; zwei (eine mediane und eine laterale Fistel) durch Spaltung der Fistel und Excision ihrer Wandung.

Der 6. Fall endlich liess sich weder durch diese, noch durch jene Methode zur Heilung bringen; B. entschloss sich daher zur Resection des Zungenbeins. Verf. beschreibt seinen Fall, für den er in der Literatur bisher kein Analogon kennt, in ausführlicher Weise. LEFFERTS.

7) **Hardie. Ein Fall von Fortbestehen des Ductus thyreo-glossus. (Persistent thyro-glossal duct.)** *Manchester Med. Society Lancet. 17. März 1894.*

H. stellte den Patienten, einen Knaben von 12 Jahren, vor.

ADOLPH BRONNER.

8) **Whitehead** u. **Hardie. Zwei Fälle von persistirendem Ductus thyreo-glossus. (Two cases of persistent thyreo-glossal duct.)** *Lancet. 28. April 1894.*

Der erste Fall betrifft ein 20jähr. Mädchen; bei demselben war vor 7 Jahren am Halse in der Mittellinie, gerade unter dem Kehlkopf eine kleine Geschwulst bemerkt worden. Dieselbe wuchs allmälig, wurde punctirt und 2 Jahre lang entleert; die Oeffnung wurde dann operativ verschlossen. Nach 4 Jahren trat die Anschwellung wieder hervor und wurde von neuem punctirt. Es zeigte sich jetzt eine Fistel, in die man die Sonde 2 Zoll weit nach dem Zungenbein zu einführen konnte. Rund um die Fistel herum lag ein Narbengewebe. Beim Schlucken spannte sich die Narbe am Fisteleingang an. Der Fistelgang wurde gespalten und die Schleimhaut, die ihn auskleidete, mit der Scheere abgelöst.

Der zweite Fall war ganz ähnlich und wurde auf dieselbe Weise behandelt. Die Schwellung wurde schon bei der Geburt bemerkt; 13 Jahre lang wuchs sie nicht, bis sie sich entzündete und barst. ADOLPH BRONNER.

9) **H. E. Durham** (London). **Persistenz des Ductus thyreo-glossus. (Persistence of the thyreo-glossal duct.)** *British Medical Journal. April 14. 1894.*

Dieser sehr werthvolle, am 10. April 1894 vor der Royal Medical und Chirurgical Society gehaltene Vortrag nebst der ihm folgenden Discussion muss von Interessenten im Original, oder wenigstens in dem sehr ausführlichen Bericht des British Medical Journal studirt werden, da er sich zu einem Auszug ganz und gar nicht eignet. Es mag nur erwähnt werden, dass der Autor der Ansicht ist, dass viele der berichteten Fälle von Kiemenfisteln in Wirklichkeit persistirende Ductus thyreoglossi sind, und dass er auch geneigt ist, manche Fälle von prae-epiglottischen Schleimdrüsen, Kehlkopf- und Trachealfisteln und Zungenbeinbeuteln in demselben Sinne zu erklären. SEMON.

10) **C. Morlin. Fortbestehen des Ductus thyreo-glossus. (Persistence of the thyreo-glossal duct.)** *Brit. Med. Journ. 12. Mai 1894.*

Eine haselnussgrosse Geschwulst bei einem Manne von 19 Jahren gerade über dem Pomum Adami. Dieselbe bewegte sich mit dem Kehlkopf beim Schlucken. Die Cyste wurde excidirt, wobei sich circa 4 g einer gelatinösen Flüssigkeit entleerten. Zweimal noch entleerte sich später eine ähnliche Flüssigkeit, dann heilte die Wunde zu. ADOLPH BRONNER.

11) **A. Parkin. Ein Fall von Thyreo-glossal-Cyste geheilt durch Excision. (Case of thyreo-glossal cyst treated by excision.)** *British Medical Journal. 23. Juni 1894.*

Bei einem Kinde von $2^3/_4$ Jahren fand sich eine kirschgrosse Geschwulst über dem Schildknorpel, die sich zwischen Schildknorpel und Zungenbein in die Tiefe erstreckte. Es handelte sich um eine Cyste, die später excidirt wurde.

ADOLPH BRONNER.

12) **G. Dickinson** (Learnington). **Ein Fall von angeborener Hydrocele am Halse, geheilt durch Drainage und Compression. (A case of congenital hydrocele**

of the neck; cured by drainage and compression.) *British Medical Journal. 12. Mai 1894.*

Bei einem Mädchen von 3 Jahren war bei der Geburt eine haselnussgrosse Geschwulst zwischen linkem Ohr und Schulter bemerkt worden. Die Geschwulst füllte jetzt den Raum zwischen Ohr und Schulter aus und hing über das Schlüsselbein herab. Durch zwei kleine Oeffnungen wurden mehrere Drains eingeführt. Nach 5 Wochen trat vollständige Heilung ein. ADOLPH BRONNER.

13) **James H. Nicoll** (Glasgow). **Demonstration eines vom Halse exstirpirten Hygroms. (Specimen of hygroma removed from the neck.)** *Glasgow Medical Journal. Juni 1894.*

Die Patientin war ein Mädchen von 20 Jahren, an dessen Halse sich langsam seit 3 Jahren eine Geschwulst entwickelt hatte. Dieselbe sass in dem unteren Theile des rechten hinteren Halsdreiecks; sie hatte bei der Exstirpation die Grösse einer Orange. Der Tumor bestand, wie sich bei der Untersuchung zeigte, aus einem Conglomerat von Cysten, die alle untereinander communicirten. Der Verf. will die Cysten des Halses in solche, die mit den Lymphgefässen zusammenhängen, und in Cysten branchialen Ursprungs eintheilen. Coates ist anderer Meinung und hält alle Cysten dieser Gegend für Branchialcysten. Mayland und Bryce betheiligten sich ebenfalls an der Discussion über diesen Fall. P. MC BRIDE.

14) **Schimmelbusch. Operative Entfernung eines Tumors am Halse eines Neugeborenen.** *Berliner klin. Wochenschrift. 1894. No. 1.*

Sch. entfernte bei einem $1^1/_2$ Stunden vorher geborenen Kinde, welches wegen grosser Athemnoth in die Klinik gebracht wurde, einen hühnereigrossen, die Luftröhre und den Kehlkopf comprimirenden Tumor, welcher vom Kinn bis unter das Sternum reichte. Haut, Fascie und oberflächliche Halsmuskeln bedeckten die Geschwulst. Die Entfernung gelang ohne Narcose unter ziemlich starker Blutung. Völlige Heilung. Die Geschwulst bestand aus gefäss- und kernreichem Bindegewebe mit soliden und ausgehöhlten Epithelzapfen, Cysten und vereinzelten Knorpelinseln. Sch. spricht dieselbe als congenitale Struma an.

In der Discussion sprach sich Virchow mit Vorbehalt für ein Teratom aus, das er in Parallele zu gewissen Mediastinalgeschwülsten stellen möchte.

LANDGRAF.

15) **A. Rosenberg. Malignes Lymphom am Halse.** *Deutsche med. Wochenschr. 1894. No. 6.*

Die Krankheit begann bei dem jetzt 51jähr. Manne vor 5 Jahren mit Schwellung der Drüsen am Unterkiefer, später Betheiligung der Achsel- und Inguinaldrüsen. Jetzt grosse Geschwulstmasse an der Vorderseite des Halses, leichte Trachealstenose. Gaumenmandeln, Zungentonsillen nicht hypertrophisch.

LANDGRAF.

16) **Rolleston** (London). **Carcinom des Halses. (Carcinoma of the neck.)** *Brit. Med. Journ. May 5. 1894.*

Demonstration eines Präparates vor der Pathological Society of London am 1. Mai 1894, in welchem das Hauptinteresse in der Schwierigkeit lag, den Aus-

gangspunkt der bösartigen Neubildung zu ermitteln. Die Trachea und der Oesophagus waren in ihrem obersten Durchschnitt auf die Länge von $1^1/_2$ Zoll von einem festen retrahirenden Tumor umgeben, welcher die Vornahme der Tracheotomie und Gastrostomie nothwendig gemacht hatte. Die Schilddrüse war ergriffen. Bei der Obduction wurde nicht das geringste Anzeichen dafür gefunden, dass die primäre Erkrankung von der Trachea oder vom Oesophagus ausgegangen war; auch glaubte der Autor nicht, dass die Schilddrüse oder die Lymphdrüsen der Ausgangspunkt gewesen seien. Ob das Leiden seinen Ursprung in einer Kiemenspalte oder einer accessorischen Schilddrüse genommen habe, liess sich nicht mit Bestimmtheit sagen.

In der Discussion erwähnte Mr. Bowlby eines ähnlichen Falles, in welchem das Leiden vermuthlich in der Schilddrüse begonnen hatte. — Mr. Edgar Willett gedachte ebenfalls eines ähnlichen Falles, in welchem die Neubildung die Lymphdrüsen des Halses eingenommen hatte und kein primärer Focus zu entdecken gewesen war. — Mr. Shattock sprach seine Ansicht dahin aus, dass in manchen dieser Fälle das Leiden in den Lymphdrüsen selbst beginnen möge. Er verglich diese Fälle mit Fällen tuberculöser Infection der Mesenterialdrüsen, in welchen auch keine primäre Läsion vorhanden wäre. SEMON.

17) **Furing** (Dublin). **Mediastinaltumor. Cylinderzellenkrebs. (Mediastinal tumor; columnar celled cancer.)** *Dublin Journal of Medical Science. Juni 1894.*

Es bestand eine Lähmung des linken Stimmbandes. P. MC BRIDE.

b. Nase und Nasenrachenraum.

18) **Straus** (Paris). **Ueber das Vorkommen von Tuberkelbacillen in der Nasenhöhle Gesunder. (Sur la présence du bacille de la tuberculose dans les cavités nasales de l'homme sain)** *Bull. Acad. de méd. 3. Juli 1894. Archiv. de méd. expérim. VI. 4.*

Bei 29 Personen, sämmtlich Schülern und Wärtern seiner Abtheilung, alle in voller Gesundheit und ohne jedes Zeichen von Tuberculose, hat S. den Staub und Schleim der Nasenhöhle auf Tuberkelbacillen untersucht. Er wischte die Nasen mit sterilisirten Wattetampons aus und schwenkte diese in steriler Bouillon umher. Die getrübte Flüssigkeit wurde dann Meerschweinchen ins Peritoneum injicirt. Von 29 auf diese Weise geimpften Meerschweinchen starben 7 an Septicaemie oder eiteriger Peritonitis, 13 blieben gesund; die 9 anderen erkrankten an tuberculösen Processen, deren Ausgangspunkt in deutlicher Weise die Peritonealhöhle war. S. schliesst daraus, dass bei gesunden Personen, die in Contact mit Phthisikern stehen, wie dies im Hospital der Fall ist, der Bacill mit dem Staub sich in der Nase ablagern kann. A. CARTAZ.

19) **Paul Tissier. Ueber Rhinitis acuta der Neugeborenen.** *Rev. des mal. de l'enf. Januar 1894.*

Verf. unterscheidet drei verschiedene Formen:

1. Rhinitis simplex, gewöhnlich der Erkältung zugeschrieben: bei dieser Form wird die anfangs seröse Secretion später schleimig-eitrig; Krusten bilden sich in den Nasenlöchern, aber ohne Excoriation der oberen Lippe; häufig sind Lungen- und Ohren-Complicationen, die Prognose ist aber eine günstige.

2. Rhinitis membranacea. Dieselbe wird von Streptococcen, die von der Mutter übertragen werden, verursacht und fällt gewöhnlich mit einem septischen Fieber der Mutter zusammen.

3. Rhinitis purulenta, analog der Ophthalmia purulenta neonatorum und allem Anschein nach von Gonococcen mütterlichen Ursprungs herrührend. Diese Varietät bricht gleich nach der Geburt aus, ist vom Anfang an eitrig und führt bald zur Excoriation der Oberlippe, sowie zu schmerzhafter Anschwellung der ganzen Nase.

LUC.

20) **M. Grellety. Ein Schnupfpulver gegen Coryza. (An anti-coryzal snuff.)** *N. Y. Med. Record. 10. Febr. 1894. Phil. Med. News. 10. Febr. 1894.*

Gr. empfiehlt für den ganz gewöhnlichen Erkältungsschnupfen folgendes Pulver:

Betol	2,50,
Menthol	0,25,
Cocain hydrochlor	0,15,
Gerösteter Kaffee	1,50.

S. Fein zu pulvern und durchzusieben. Als Schnupfpulver zu gebrauchen.

Jullien hält Vaselin mit Borsäure für das Beste; er verwirft alle Pulver, die nach seiner Meinung nur den schleimig-eitrigen Ausfluss dazu bringen, fest zu werden.

LEFFERTS.

21) **Hayem. Gegen acute Coryza. (For acute coryza.)** *Philad. Medical News. 24. Februar 1894.*

Rp.	Acid. carbol.	
	Liquor ammon. fort. aa	7,5
	Alcohol	15,0
	Aq. destill.	ad 50,0.

S. Mehrere Tropfen auf einen Schwamm oder Fliesspapier zu träufeln und oft zu inhaliren.

LEFFERTS.

22) **J. Gerard. Eine Abortivbehandlung für Coryza. (An abortive treatment of coryza.)** *N. Y. Med. Journal. 10. März 1894.*

G. berichtet über einige sehr gute Resultate, die er durch die Anwendung von Chloroform-Inhalationen erzielt hat; er konnte in allen Fällen die Ausbreitung der Coryza tiefer in die Luftwege hinab verhüten. Zuerst benutzte G. eine Mischung von Carbolsäure und Ammoniak, später aber nahm er statt dessen das Chloroform, das entschieden besser wirkte. Er lässt die Inhalationen mehrmals

wiederholen, und zwar bis zu dem Punkte, wo die ersten Zeichen von Narkose sich zeigen. Wenn er diese Behandlung gleich beim ersten Erscheinen nasaler Symptome einleitete, trat niemals eine Weiterausbreitung des entzündlichen Processes ein. Bei Epidemien von Coryza und Influenza, selbst in Fällen mit heftigem Catarrh beobachtete Verf. eine directe Coupirung der Krankheit durch diese Therapie. LEFFERTS.

23) **Solomon Solis-Cohen. Chloroform bei Coryza. (Chloroform in coryza.)** *N. Y. Med. Journal. 17. März 1894.*

Verf. macht J. Gerard gegenüber Prioritätsansprüche auf den Gebrauch dieses Mittels geltend. LEFFERTS.

24) **Lermoyez** (Paris). **Behandlung der einfachen chronischen Coryza. (Traitement du coryza chronique simple.)** *Le mercredi médical. 27. Juni 1894.*

Ein Auszug aus dem Buche des Verf.'s über den rhinologischen Unterricht in Wien. L. giebt ein Resumé über die Behandlungsmethoden von Schroetter, Pius, Urbantschitsch, Roth u. a. A. CARTAZ.

25) **Redactionelle Notiz. Acute Rhinitis. (Acute rhinitis.)** *Times and Register. 24. März 1894.*

Nichts Bemerkenswerthes. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

26) **J. S. Gibb. Die Wichtigkeit der frühen Erkennung und Behandlung obstructiver Erkrankungsprocesse in den oberen Luftwegen. (Importance of early recognition and treatment of obstructive diseases of the upper air-passages.)** *American Lancet. Mai 1894.*

G. weist unter Anderem darauf hin, dass es Pflicht sei, die Eltern darüber zu instruiren, dass die gewöhnliche Coryza keine harmlose Affection sei und dass besonders eine öfter sich wiederholende Coryza stets ein Zeichen ernster Störung ist. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

27) **Chambellan. Ein Fall von fibrinöser Rhinitis bei gleichzeitigem Bestehen adenoider Vegetationen. (Une observation de rhinite fibrineuse, coexistence de végétations adénoides.)** *Journal de clin. et thérap. infantile. 12. Juli 1894.*

Ein Fall von pseudomembranöser Rhinitis ohne Diphtherie bei einem 8jährigen Mädchen. Die Symptome nasaler Verstopfung waren sehr ausgesprochen, was durch das gleichzeitige Vorhandensein der adenoiden Vegetationen verständlich war. Nachdem diese operirt waren, heilte die Rhinitis sehr bald.

A. CARTAZ.

28) **Dreyfuss** (Strassburg i. E.). **Beitrag zur Casuistik der Naseneiterungen. Periostitis suppurativa ossis turbinati sin. e carie dentium** *Wiener medicin. Presse. 1894. No. 5.*

Ein Fall, der nahezu von selbst ausheilte. CHIARI.

29) **Cohnstädt** (Erfurt). **Ueber Nasen-Eiterungen.** *Corresp.-Blätter d. allgem. ärztl. Vereins von Thüringen. 2. 1894.*

In diesem Vortrag bespricht C. den verschiedenen Ursprung, welchen die Naseneiterungen haben können. Die Lokalisation des Eiters auf Nasenboden und hinterer Rachenwand bei Kindern bezeichnet er als durchaus pathognostisch für adenoide Vegetationen. In Betreff Nasenpolypen und Nasenhöhlenerkrankungen gehört C. zu jenen Beobachtern, welche die ersteren als secundäre Erkrankung auffassen. Ohne Weiteres wird man C. beistimmen in der Forderung, sich nicht mit der einfachen Constatirung der Eiterung zu begnügen, sondern in jedem einzelnen Falle dem Ursprung derselben nachzugehen. Möge sich doch auch die Hoffnung erfüllen, dass, wenn man immer so verführe, auch die „Ozaena" als unheilbare Krankheit von der Bildfläche verschwinden werde. SEIFERT.

30) **Scanes Spicer** (London). **Behandlung fötider Eiterung in der Nase. (Treatment of foetid suppuration of the nose.)** *British Medical Journal. Juni 23. 1894.*

Demonstration einer Patientin vor der West London Medico-Chirurgical Society, welche von fötider Eiterung aus der Nase mittelst weiter Eröffnung des Antrums durch die Fossa canina, Curettement und Drainage der Highmorshöhle befreit worden war. Die Heilung bestand zur Zeit der Demonstration bereits seit einem Jahre. SEMON.

31) **P. Tissier** (Paris). **Die Ozaena. (L'ozène.)** *Annales de médecine. Novemb. 1893. Januar bis März 1894.*

Eine ausserordentlich vollständige Studie über die Ozaena, deren Geschichte, pathologische Anatomie, Symptomatologie und Therapie der Verf. bespricht. Nach Verf. ist die eigentlich primäre Läsion bei der Ozaena ein krankhafter Vorgang in den ethmoidalen Anlagen. Zumeist sind es ein- oder mehrfache Herde von nekrotisirender Osteitis entweder in den intranasalen Theilen des Siebbeins oder in einer der Nebenhöhlen, besonders im Sinus sphenoidalis. In diesen entzündeten Höhlen siedeln sich Fäulnissbakterien an und durch ihre Stoffwechselprodukte, durch den Reiz, den diese ausüben, kommt es zur Atrophie des Epithels und der Drüsen. Um die Ozaena zu heilen, ist es deshalb vor allem nothwendig, die Affection der Siebbein- und Keilbeinhöhlen zu heilen. Zur Antiseptik benutzt T. Ausspülungen mit Sublimat oder Resorcin, ferner Einblasungen von Jodol.

A. CARTAZ.

32) **Loewenberg** (Paris). **Das Bakterium der Ozaena. (Le microbe de l'ozène.)** *Annal. de l'Institut Pasteur. VIII. 5. Mai 1894.*

L. zeigt durch neue Untersuchungen, dass das Bakterium, das er früher beschrieben und als den Cocco-Bacillus der Ozaena bezeichnet hat, in der That dieser Krankheit eigenthümlich ist. Es ist dies ein grosser Coccus, der zu zweien oder in Ketten aneinander gelagert und durch eine hyaline Masse umschlossen ist; er ähnelt dem Pneumobacillus, unterscheidet sich aber doch durch wesentliche Kennzeichen von diesem. Auf der Gelatineplattencultur bildet er bald kleine runde gelbliche Colonien, bald grössere halb-transparente von einem mehr oder

weniger milchigem Weiss. Diese Verschiedenheit rührt von der oberflächlicheren oder tieferen Lage der Colonien her, die Bakterien sind stets die gleichen. Ebenso gut wächst der Cocco-Bacillus auf Bouillon und auch auf Kartoffeln. Eigenartiger Weise geben diese Culturen nicht den characteristischen fötiden Geruch der Ozaena; im Gegentheil, sie haben einen beinahe angenehmen Geruch.

Von den Culturen des Pneumobacillus sind diese Culturen leicht zu unterscheiden durch den starken Trimethylamingeruch der ersteren. Der Ozaenabacillus unterscheidet sich von dem Bacillus des Rhinoskleroms auch dadurch, dass er die Gram'sche Färbung nicht annimmt.

Bei Thieren konnte L. mit seinem Bakterium nicht Ozaena erzeugen. Das L.'sche Bakterium ist ausserordentlich pathogen; aus dem Blute der geimpften Mäuse erhält man den Kapsel-Coccobacillus in grossen Mengen. Mit durch Wärme abgeschwächten Culturen kann man Thiere gegen die virulenten Cocco-Bacillen immunisiren; diese Immunität schützt nur gegen den Cocco-Bacillus, nicht gegen den Friedländer'schen Pneumobacillus: ein neuer Beweis gegen die Identität beider Bakterien.

In Anbetracht der hypertrophischen Vorgänge beim Rhinosklerom und der atrophischen Processe der Ozaena wirft Verf. die Frage auf, ob man nicht das Rhinosklerom therapeutisch mit dem Bakterium der Ozaena bekämpfen könnte.

A. CARTAZ.

33) **Bock** (Laibach). **Ueber progressive Geschwüre der Hornhaut.** *Memorab. XXXVIII. 2. 1894.*

In seinem Vortrage über Ulcus corneae macht B. auf die Ozaena als eine immer noch viel zu wenig betonte Quelle der Infection aufmerksam. (In der Würzburger Universitäts-Augenklinik werden sämmtliche derartige Fälle dem Referenten zur Untersuchung und etwaigen Behandlung zugewiesen.) SEIFERT.

34) **D. Braden Kyle. Die Aetiologie, Pathologie und Behandlung der Ozaena. (The etiology, pathology and treatment of ozena.)** *Philad. Medical News. 5. Mai 1894.*

Dass ein ätiologischer Zusammenhang besteht zwischen der Ozaena und der Thätigkeit von Bakterien bedarf noch des Beweises. „Ich habe selbst", schreibt K., „verschiedene Mikroben aus dem Exsudat der erkrankten Schleimhaut züchten können, denen ein ausgesprochener Geruch anhaftete. Manche von ihnen waren pathogen, andere nicht. Gegen die Annahme aber, dass einer von diesen Keimen eine besondere Bedeutung hatte, spricht die Thatsache, dass keiner von ihnen in allen Fällen sich fand. In den meisten Fällen mit ausgesprochenem Geruch fand sich ein Bakterium, das nach dem mikroskopischen Befund, nach den culturellen Eigerschaften und auch durch die Geruchsprobe zweifellos als der Bacillus fötidus sich charakterisirte.

Die Behandlungsmethode, mit der ich die besten Resultate erzielte, war folgende: 1. Gründliche Anfeuchtung der Membran mit einem Spray von einem das albuminöse Material lösenden Mittel. 2. Abspülen dieses mit einer alkalischen antiseptischen Lösung. 3. Gründliche Abtrocknung der Membran. 4. Application des eigentlichen Medicaments, am besten in einer Lösung, die der Membran gut

anhaftet. Nach der Reinigung und Trocknung der Membran wird zunächst eine stimulirende und reizende Substanz applicirt, die eine acute Entzündung der Theile setzt. Das Princip ist hierbei dasselbe, das der Chirurg allgemein bei der Behandlung chronischer oberflächlicher Entzündungen verwendet, wenn er dieselben in acute Entzündungen verwandelt. Man erzeugt auf diesem Wege eine Hyperämie, entlastet die Circulation durch die gesteigerte Activität des Blutstroms und verringert die Anschwellung. Dieses Ziel wird weiter noch gefördert durch die Transsudation, der man möglichst freien Abfluss durch Drainage schafft. Hat ein reichlicher wässeriger Ausfluss mindestens 10 Tage lang bestanden, so folgt der Reinigung und Trocknung die Reizung durch eine antiseptische Lösung. Wo bereits atrophische Processe zur Degeneration geführt haben, da ist der Effekt dieser Therapie nur ein sehr geringer, von der Beseitigung des Geruches, die man auf alle Fälle erzielt, natürlich abgesehen.

Als Lösungsmittel für die albuminösen Stoffe empfiehlt sich am meisten das Wasserstoffsuperoxyd (15 Volum.). Zum Abspülen dieses eignet sich eine alkalische Lösung von Natr. biboracicum und Natr. bicarbonicum mit Aq. cinnamon. und Aq. camphorat. Nach gründlicher Trocknung der Membran kann zur Stimulirung und Reizung Senföl in Benzoinol oder flüssigem Albolin mittelst des Zerstäubers applicirt werden. Um irritirend zu wirken, muss diese Lösung in manchen Fällen sehr stark, 6—8 Tropfen auf 30 g, genommen werden".

LEFFERTS.

35) **Redactionelle Notiz. Atrophische Rhinitis. (Atrophic rhinitis.)** *N. Y. Med. Record. 10. März 1894.*

Rp. Thymol 0,08
Alcohol
Glycerin . . . . aa 6,0
Aq. destill. . . . . 3,0.

M. D. S. Mit dem Zerstäuber einzublasen.

LEFFERTS.

36) **G. Le Bart. Der primäre Schanker der Nase und der Nasenhöhlen. (Le chancre primitif du nez et des fosses nasales.)** *Thèse de Paris. 1894.*

Diese Affection ist relativ selten, da sie nach der Statistik in Mittel 3,7 mal auf 100 Fälle von extragenitalem Schanker vorkommt. Der Verf. fügt den 35 bisher bekannten Fällen 2 neue hinzu. Er schildert erst den eigentlichen Schanker der Nase, dann den der Nasenhöhlen und bespricht die differentiellen Symptome beider vom klinischen Standpunkt aus.

A. CARTAZ.

37) **C. G. Fellows. Syphilis der Nase. (Syphilis of the nose.)** *Journ. Ophth., Otol. and Laryngology. Januar 1894.*

F. spricht von einer sehr schnellen Hypertrophie der nasalen Schleimhaut, die nach der Abtragung bald wiederkehrt und die ihre Ursache in der Syphilis hat; er möchte sie als Pseudohypertrophie bezeichnet wissen, da die charakteristische Wucherung des Bindegewebes dabei nicht hervortritt. Zur Heilung ist eine interne specifische Behandlung nothwendig.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

38) **Bazénerye. Klinische Studie über die erworbene Syphilis der Nase. (Étude clinique sur la syphilis nasale acquise.)** *Thèse de Paris. 1894.*

B. bespricht nacheinander die verschiedenen Erscheinungsformen der Syphilis auf der Nasenschleimhaut, den Schanker, der auf der Schleimhaut selbst oder an ihrer Grenze, an den Nasenlöchern sitzen kann; dann die secundären Erscheinungen, von denen es eine erythematöse und eine ulceröse Form giebt; schliesslich die tertiären Formen, von denen B. zwei Classen annimmt, die Ozaena und den gummösen Tumor. B. schliesst seinen Erörterungen mehrere neue Krankengeschichten an.
A. CARTAZ.

39) **John Dunn. Vollständige Zerstörung des Naseninneren durch Syphilis. (Complete destruction of the contents of the nasal cavities as a result of syphilis.)** *N. Y. Med. Journal. 20. Januar 1894.*

Das gesammte Innere der Nase war zerstört. Man sah keine Spur mehr von dem knorpligen oder knöchernen Septum, nichts von den unteren Muscheln; die Lacrymal-, Ethmoidal- und Maxillarfortsätze waren vollständig verschwunden, ebenso die mittleren und oberen Muscheln, das Siebbein u. s. w. Das Ganze bildet eine einzige grosse Höhle, die beiderseits ohne Zwischenwand in die Highmorshöhlen übergeht. Hinten oben sieht man beiderseits eine etwa 2 mm weite runde Oeffnung, die das untere Ende des ehemaligen Ethmo-Frontal-Canals darstellt. In der Mitte hinten führt eine 4—5 mm lange elliptische Oeffnung, die z. Th. von Schleimhaut überragt ist, in die Keilbeinhöhle.
LEFFERTS.

40) **Mendel** (Paris). **Syphilis hereditaria der Nasenhöhle. (Syphilis hereditaria des fosses nasales.)** *Soc. franc. de dermat. et syphil. 8. März 1894.*

Bei einem 15jährigen Mädchen waren die Nasenhöhlen in Folge der vollkommenen Zerstörung des Septums in eine einzige Höhle verwandelt, die mit gelben schleimig-eitrigen, übelriechenden Krusten und Borken ausgefüllt war. Der Rücken der Nase war tief gesenkt und die Nasenöffnungen waren direkt nach vorn gerichtet.
LUC.

41) **H. C. Jungblut. Ein Fall von Nasenbluten. (Case of epistaxis.)** *Omaha Clinic. Januar 1894.*

Pat., ein 8jähriger Knabe, litt an Hämophilie. Nichts Bemerkenswerthes.
W. J. SWIFT (LEFFERTS).

42) **W. Freudenthal. Schweres Nasenbluten. (Severe hemorrhages from the nose.)** *Post-Graduate. März 1894.*

F. giebt die Krankengeschichte mehrerer Fälle; nichts von besonderem Interesse.
W. J. SWIFT (LEFFERTS).

43) **Robert Fullerton** (Glasgow). **Bemerkungen und Beobachtungen über gewisse Formen von Nasenbluten. (Notes and observations on certain forms of epistaxis.)** *Glasgow Med. Journal. Mai 1894.*

Nichts Neues.
P. MC. BRIDE.

44) **R. Fullerton. Die Behandlung des Nasenblutens. (The treatment of epistaxis.)** *N. Y. Med. Journal. 26. Mai 1894.*

Inhaltlich mit der vorstehend referirten Arbeit identisch. LEFFERTS.

45) **Verneuil** (Paris). **Juveniles und hereditäres Nasenbluten. (Des epistaxis juvenile et héréditaire.)** *Acad. de méd. 29. Mai 1894.*

Theoretische Betrachtungen über die Aetiologie der Nasenblutungen im jugendlichen Alter; Verf. schreibt dieselben dem Arthritismus, theilweise einem latenten pathologischen Zustande der Leber zu. LUC.

46) **Hutchinson. Nasenbluten. (Epistaxis.)** *N. Y. Medical Record. 26. Mai 1894.*

H. lässt Pat. mit hartnäckigem Nasenbluten sich setzen und die Füsse in eine tiefe Wanne mit heissem Wasser stecken, so heiss, als sie irgend vertragen können. LEFFERTS.

47) **S. Kohn. Beobachtungen über das Nasenbluten und seine Behandlung. (Observations on nose bleed and its treatment.)** *N. Y. Medical Record. 9. Juni 1894.*

Verf. resumirt: Zur Verhütung des Nasenblutens dient:

1. Hebung des Allgemeinzustandes des Patienten durch Befolgung der causalen Indicationen;
2. Behandlung localer Störungen „lege artis";
3. Verabreichung des Fluid extract von Hydrastis canadensis als Specificum.

Zur Stillung der Blutung eignen sich 3 Methoden:

1. Schnelles und tiefes Athemholen durch den offenen Mund; gleichzeitiges Aussprechen des Vocals a bei jeder Exspiration;
2. Auffinden der blutenden Stelle und Touchiren derselben mit Chromsäure, Silbernitrat oder dem Galvanokauter;
3. Tamponiren der blutenden Nasenseite mit Jodoformgaze, die mit einem Adstringens angefeuchtet ist. LEFFERTS.

48) **Ripault** (Paris). **Ueber Aetiologie und Behandlung des Nasenblutens. (Sur l'étiologie et le traitement des epistaxis.)** *Gazette méd. de Paris. 9. Juni 1894.*

Eine kritische Uebersicht über die verschiedenen Formen von nasalen Blutungen. A. CARTAZ.

49) **Bogdan** (Ungarn). **Beiträge zur inneren Schleimhautmassage.** *Wiener med. Presse. 1894. No. 2.*

B. behandelte sich selbst wegen Schwellkatarrh der Nase durch mehrere Wochen mit Erfolg. Er hält mehr von der drückenden Bestreichung der Schleimhaut, als von der Vibration. CHIARI.

50) **Laker** (Graz). **Zur Lehre von der inneren Schleimhautmassage.** *Wiener med. Presse. 1894. No. 24.*

L. ist gegen die Anwendung von vibrirenden Apparaten, da keiner in Anpassung an die verschiedenen Stellen der Schleimhaut, sowie an die individuelle Empfindlichkeit des Kranken der geübten Hand gleichkommt. Besonders gute Dienste leisteste die M. bei chronischen Schwellkatarrhen der Nase. Heuschnupfen. Sonst nichts Neues.

CHIARI.

51) **Löwenstein** (Elberfeld). **Ueber Vibrationsmassage der Nasenschleimhaut.** Festschr. z. Feier d. 50jähr. Jubiläums d. Ver. d. Aerzte d. Reg.-Bez. Düsseldorf. 1894.

Bei Ozaena erzielte L. mit der Vibrationsmassage einige Besserung, keine Heilung, bei Rhin. atroph. chron. non fötida in 18 Fällen wirkliche Heilung, in 13 Fällen Besserung, während in 3 Fällen überhaupt keine Veränderung nachzuweisen war. Auch in einem Theil der an Rhin. hyperpl. chron. Erkrankten wurde Erfolg erzielt. Ganz besonders günstig scheint dem Verf. die Behandlung bei Rhin. hypersecretoria zu wirken.

SEIFERT.

52) **P. J. Mink** (Amsterdam). **Die Gefahren der Nasendouche. (De gevaren der neusdouche.)** *Medisch Weekblad. I. No. 5.*

53) **A. Sikkel Azn** (Utrecht). **Noch etwas über die Gefahren der Nasendouche. (Nog iets over de gevaren der neusdouche.)** Ibid. No. 7.

54) **P. J. Mink. Antwort auf voriges.** Ibid. No. 8.

55) **A. Sikkel Azn. Antwort**· Ibid. No. 8.

56) **J. Broeksmit** (Charlois). **Die Gefahren der Nasendouche. (De gevaren der neusdouche.)** Ibid. No. 9.

Auf Grund von 3 selbstbeobachteten Fällen von eitriger Mittelohrentzündung nach der Anwendung der Nasendouche warnt M. vor dem Gebrauch dieses Mittels ohne bestimmte Indication. Diese Indication will er nur noch für sehr seltene Ausnahmefälle gelten lassen. Der curative Effect der Douche sei nämlich ungefähr Null und die Bedeutung derselben bestehe nur in der mechanischen Entfernung von Secreten, wofür uns aber andere Mittel zu Gebot stehen, nämlich vernünftiges Ausschneuzen, die trockene Luftdouche von Lucae, und bei anhaftendem Schleim Lösung desselben mittelst Spray.

S. glaubt, dass man die Bedeutung der Gefahren, die er allerdings zugesteht, überschätze. Er ist der Meinung, dass zwar die Nasendouche viel zu viel in Anwendung gebracht werde, dass es aber für die mechanische Reinigung der Nasenhöhle oft kein besseres Mittel gebe.

Aus der Antwort von M. geht hervor, dass er wünscht, die praktischen Aerzte sollten auf die Nasendouche gänzlich verzichten.

S. empfiehlt dagegen bei der Anwendung des Mittels folgende Cautelen:

1. Der Patient soll, indem er auf dem Boden steht, den Wasserbehälter mit der Hand berühren können;
2. Die Flüssigkeit soll eine lauwarme, 0,5—1 proc. Kochsalzlösung sein;

3. Man spritze nur durch das engste Nasenloch. Der Kopf darf nie nach hinten gebeugt werden;
4. Die Canüle darf das Nasenloch nicht ausfüllen;
5. Der Patient halte den Mund geöffnet und die Zunge hervorgesteckt. Er darf nicht schlucken;
6. Wenigstens eine Viertelstunde nach der Irrigation darf er nicht ausschneuzen;
7. Bei jungen Kindern ist die Douche contraindicirt.

B. hat in seiner 25jährigen Praxis die schönsten Erfolge von der Nasendouche erhalten und empfiehlt dieselbe für Secretansammlungen in der Nasenrachenhöhle auf's Wärmste.

H. BURGER.

57) **Whistler. Nasenspritze. (Nasal ointment syringe.)** *Brit. Med. Journal. 16. Juni 1894.*

Eine kurze dicke Glasspritze mit metallenem langem Ansatz, welche viele seitliche Oeffnungen hat. Zu beziehen von Mayer u. Meltzer, 71 Great Portland street London.

ADOLPH BRONNER.

58) **Spitzer. Die Einfachheit in der Behandlung nasaler Verstopfungen. (Simplicity in the treatment of nasal obstructions.)** *N. Y. Medical Record. 3. Februar 1894.*

S. verlangt einfache Mittel für die Behandlung nasaler Verstopfungen.

In Fällen von hypertrophischer Rhinitis zieht er schwache Reagentien, wie Jod und Jodkali, den gewöhnlichen Adstringentien vor. Für schwere Fälle, in denen Induration besteht, empfiehlt er die Chromsäure und Trichloressigsäure nach vorheriger Cocainisirung. In jeder Sitzung darf nur eine kleine Stelle geätzt werden. Unter denselben Beschränkungen ist auch der Galvanokauter anwendbar. Nach jedem Eingriff verschliesst S. die Nasenseite mit einem Wattetampon, der 24 Stunden liegen bleibt; auf diese Weise hat die Nase Ruhe.

LEFFERTS.

59) **H. J. Pomeroy. Bemerkungen über die lokale Behandlung und die chirurgischen Massnahmen zur Besserung nasaler Verstopfung. (Remarks upon the local treatment and surgical measures for relief of nasal obstruction.)** *R. J. Science Monthly. Mai 1894.*

Nichts Bemerkenswerthes.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

60) **Hobbs. Unberechtigte Operationen in der Nase. (Injudicious nasal operations.)** *N. Y. Med. Record. 3. Februar 1894.*

„Wie die Gynäkologen ihre Nymphomanen haben, so kennen wir Rhinologen eine Klasse von Patienten, die wir wohl als Rhinomanen bezeichnen können. Diese Leute, deren Zahl übrigens schnell wächst, consultiren uns mit der ausgesprochenen Absicht (ich gebrauche ihre eigenen Worte), „sich die Nase ausbrennen zu lassen". Auch bei ihnen ist das den Nymphomanen eigenthümliche neurotische Element oft ausgesprochen. Mein Standpunkt ist der, dass eine Operation unter

solchen Umständen, wenn sie blos um des moralischen Effectes willen ohne dringende Indication gemacht wird, nicht nur unnöthig, sondern geradezu ungerechtfertigt ist. [Bravo! Red.] Bei dem grossen Nutzen, den eine zweckmässige und gut ausgeführte Operation in der Nase leisten kann und oft genug auch geleistet hat, liegt die Versuchung zu Eingriffen auch bei weniger strenger Indication nahe genug, zumal für den jüngeren Arzt, der sich eben erst der Specialität widmet und der jede Gelegenheit, ein Septum zu durchsägen, eine Exostose abzumeisseln oder auch nur eine Muschel zu brennen, mit Freuden begrüsst. Da wird oft genug die blosse Annahme einer Spina, einer knöchernen Protuberanz oder einer Muschelschwellung zur Indication für den chirurgischen Eingriff, auch wenn die objectiven und vor allem subjective Symptome gar nicht vorhanden sind. Man denke aber nicht nur an die grosse Flächenausbreitung der nasalen Schleimhaut, man erinnere sich auch ihrer vielfachen functionellen Bedeutung. Die Nase dient nicht allein der Athmung, sondern auch dem Geruche. Die Schleimhaut, die gewiss zweimal die Ausdehnung der Halsschleimhaut hat, hat die Aufgabe, die eingeathmete Luft durchzufeuchten und anzuwärmen. Jede Operation, welche die Erhaltung der Schleimhaut nicht im Auge behält, ist deshalb ungerechtfertigt und geradezu schädlich, wofern nicht die Natur des Falles die Zerstörung der Schleimhaut zur Pflicht macht. Und dann ist auch an die Narbe zu denken, die aus der Operation resultirt; wo eine grosse Narbe zu gewärtigen ist, entsteht die Frage, ob um ihretwillen nicht besser die ganze Operation unterbleibt. Bei Chromsäure und anderen Aetzungen ist stets auch der toxische Effect des Aetzmittels in Rechnung zu ziehen. Bei Operationen am Septum stelle man vor dem Eingriff genau alle Maasse fest, damit man nicht eine Perforation setzt, die schlimmer ist, als das primäre Leiden. Der Meissel ist, von ganz besonders prominenten Exostosen abgesehen, stets verwerflich, da er übermässig viel Schleimhaut zerstört und grosse Narben setzt.

LEFFERTS.

c. Mundrachenhöhle.

61) **Basch** (Prag). **Die centrale Innervation der Saugbewegungen.** *Prager med. Wochenschr. 1894. No. 5 und 6.*

Beim Kinde wird zum Saugen auch der Unterkiefer mitbewegt. Die Saugbewegung des Neugeborenen ist als eine reflectorische Bewegung aufzufassen. Dazu ist am wichtigsten der Hypoglossus, dann der III. Ast des Trigeminus und erst in dritter Linie der Facialis. B. fand das an saugenden Thieren, denen er diese Nerven durchschnitt. Ferner ist aber die Sensibilität des Mundes wichtig; B. fand, dass ein saugendes Kaninchen nach Verletzung einer Stelle der Trigeminuskerne ganz aufhörte spontan zu saugen. Bei der Section fand sich diese Läsion zwischen sensiblem und motorischem Trigeminuskerne. Dortselbst vermuthet B. also das reflectorische und Coordinationscentrum für den complicirten Vorgang des Saugens. Näheres im Original.

CHIARI.

62) . . . . **Die Mikroorganismen des Mundes. (The micro-organisms of the mouth.)** *Lancet. 24. Februar 1894.*

Der Leitartikel nimmt auf einen von Mummery in der Odontologischen Gesellschaft gehaltenen Vortrag Bezug. Gegenstand des letzteren sind die Untersuchungen von Vicentini, der im Munde einen neuen Mikroorganismus gefunden haben will; derselbe, von V. als Leptothrix racemosa bezeichnet, soll in seiner Fortpflanzungsweise den Algen nahe stehen. MACKENZIE JOHNSTON.

63) **Boennecken** (Bonn). **Ueber Stomatitis und deren Behandlung.** *Deutsche med. Wochenschr. 1894. No. 2.*

B. hält jede Stomatitis für bedingt durch Parasiten. 3 Momente kommen für die acute Stomatitis in Betracht:

1. Prädisponirende Ursachen — alle Factoren, welche die Widerstandsfähigkeit der Mundschleimhaut herabsetzen.
2. Locale Reize.
3. Pilze.

Auf diese Momente muss die Therapie gerichtet sein. Zur Desinfection empfiehlt B. Wasserstoffsuperoxyd in 2proc. Lösungen. LANDGRAF.

64) **S. W. Thompson Ein Fall von gangränöser Stomatitis. (A case of gangrenous stomatitis.)** *Hahnemannian Monthly. Februar 1894.*

Nichts Bemerkenswerthes. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

65) **H. D. Hamilton. Eine seltene Form von Stomatitis mit Complicationen seitens der Haut. (A rare form of stomatitis with cutaneous complications.)** *Montreal Med. Journal. April 1894.*

Der Pat., ein 18jähriger junger Mann, litt an recidivirenden Anfällen von Entzündung der Schleimhaut und Haut, die gewöhnlich im Frühling und Herbst auftraten. In der diesmaligen Attake bestand eine starke Stomatitis, die die gesammte Mundschleimhaut bis hinter zum weichen Gaumen und zur Uvula afficirte. Ein schleimiges Secret bedeckte die Schleimhaut in grossen Zügen, die nur hier und da isolirte rothe Flecken frei liessen. Solche waren besonders bemerkbar an den Rändern der Zunge. Daneben bestanden an den Fingern und Händen, an den Handwurzeln und an den Knöcheln deutlich ausgebildete Flecken von Herpes Iris (Erythema multiforme). W. J. SWIFT (LEFFERTS).

66) **Wickam. Buccale Geschwüre. (Buccal ulcers.)** *N. Y. Medical Record. 17. Februar 1894.*

Verf. bespricht die Ulcerationen, die im Munde während des Verlaufs von tabischer Erkrankung auftreten. Dieselben sind bisher nicht beschrieben; W. hält sie indess für so charakteristisch, dass sie als ein diagnostisches Hilfsmittel für die Diagnose der Tabes angesehen werden können. Ihre Hauptmerkmale sind folgende:

1. Ihr Sitz ist am Alveolarfortsatz. Sie nehmen ganz oder mindestens theilweise den Rand der Alveolen ein.
2. Ihr atonisches Aussehen.

3. Ihre Indolenz und Anästhesie.
4. Mit der Sonde ist häufig festzustellen, dass sie bis auf den entblössten Knochen reichen.
5. Ihre chronische Entwickelung.
6. Der Ausfall der Zähne, der oft schmerzlos vor sich geht.
7. Die Deformität des Kiefers. Dieselbe ist eine Folge der Ulceration an den Alveolen; es kommt zur Nekrose des Knochens, Ausstossung von Sequestern etc. Auch dieser Entzündungsprocess spielt sich ohne Schmerzen ab.

Diese Charakteristika unterscheiden die tabetischen Ulcerationen von tuberculösen, syphilitischen, von der Phosphornekrose und der Quecksilberstomatitis. Die Natur dieser Geschwüre ist noch ungewiss. W. ist zweifelhaft, ob sie rein trophischen Ursprungs oder eine Affection sui generis ist. Fournier fasst sie als ein buccales Mal perforant auf. LEFFERTS.

67) **H. T. Bewley** (Dublin). **Cancrum oris bei Typhus. (Cancrum oris in typhoid fever.)** *Dublin Journal of Med. Science. Mai 1894.*

Beschreibung eines Falles, in dem Heilung eintrat, nachdem bereits die Backe durchfressen war; die Perforation heilte. Pollock erwähnt einen Fall, in dem die ganze Submaxillardrüse während eines Typhus sich losstiess. Moore hat innerhalb 13 Jahre 4 Fälle von Cancrum oris beobachtet, 2 bei Masern und 2 bei Typhus (exanthematicus). Doyle sah 2 Fälle mit unbekannter Aetiologie. Dawn erwähnt einen doppelseitigen Fall bei Masern. Auch Finny, Boyd, Davis und Smith sprechen zur Discussion. P. MC BRIDE.

68) **Leyden** (Breslau). **Ein Beitrag zu der Lehre von der gonorrhoischen Affection der Mundhöhle bei Neugeborenen.** *Centralbl. f. Gynaekol. 8. 1894.*

An einem Kinde, welches am 7. Lebenstage an einer Conjunct. blennorrh. erkrankte, war gleichzeitig über Nacht in der Mitte der Innenfläche der Oberlippe am Uebergange auf das Zahnfleisch eine kleine Pustel entstanden. Nach Verlust der Epitheldecke bot sich (im weiteren Verlauf) das Bild einer oberflächlichen, eitrigen Durchtränkung des Gewebes dar.

Gonokokken liessen sich in dem Inhalt der Pustel sowohl wie in dem von der Erosion abgestrichenen Secret nachweisen. Heilung durch flüssige Sublimatabtupfungen (1 : 7000). SEIFERT.

69) **P. Wierenga. Leukoplakia buccalis und deren Beziehung zu Lues und Carcinom. (Leukoplakia buccalis en hare verhouding tot lues en carcinoma.)** Inaug.-Dissert. Leiden. 1894.

Nachdem der Verfasser die zahlreichen Namen, mit welchen seit Hippocrates die in Rede stehende Krankheit belegt worden, besprochen hat, behandelt er ausführlich die Symptomatologie. Mit Schwimmer lässt er die Krankheit mit einem Stadium erythematosum anfangen. Aus diesen anfänglichen rothen Flecken entwickeln sich dann, indem die mässig vergrösserten Papillen sich mit einer dicken, die Zwischenräume gänzlich ausfüllenden Epithelschicht bedecken, die cha-

rakteristischen, weissen Flecke. Bei weiterer Ausbildung des Processes entsteht entweder — wenn die Vergrösserung der Papillen vor der Neubildung des Epithels in den Vordergrund tritt — die papillomatöse Form, oder — bei hauptsächlicher Epithelwucherung — es entwickelt sich die Form mit erhabenen Plaques. Bei fortschreitender Epithelwucherung können sich, besonders auf der Zunge, tiefe Rhagaden bilden, während als Endstadium, durch Abstossung der Epithelschichte Ulcerationen auftreten können. Bei der Differentialdiagnostik hebt W. besonders hervor, dass zur Differenzirung von luetischen Affectionen das bekannte Hilfsmittel „ex juvantibus et nocentibus" nicht statthaft ist, weil das Quecksilber gerade bei Kranken mit Leukoplakia sehr leicht eine Stomatitis herbeiführt, wodurch die Leukoplakia selbst bedeutend zunimmt.

Bei einem Patienten wurde ein Stückchen aus der Zunge excidirt und mikroskopisch untersucht. Die constatirten Abweichungen bestanden in Verdickung der Epithelschichte mit massenhafter Verhornung, Verlängerung des Corpus papillare und Infiltration in den tieferen Schleimhautschichten. Dieser Befund lässt keinen Schluss auf die muthmassliche primäre Abweichung zu.

Was die Beziehung des Leidens zu der Syphilis betrifft, so kommt W. auf Grund von sehr gründlichen Literaturstudien und von seinen eigenen, aus van Iterson's Poliklinik und Privatbehandlung stammenden 14 Krankengeschichten zu dem Schluss, dass die causale Beziehung der Lues zu der Leukoplakia nicht weiter geht, als die häufige Veranlassung, welche erstere zu dem Entstehen von Mundaffectionen giebt, welche, ebenso wie das Quecksilber, der Tabak, die Spirituosa und andere reizende Ingesta, als prädisponirende Momente zu betrachten sind.

Was die Beziehung anlangt, welche zwischen Leukoplakia und Carcinoma oris et linguae waltet, so äussert sich W., auf seine Forschungen gestützt, dahin. dass klinisch ein Zusammenhang der beiden Leiden nicht zu verkennen ist, dass aber pathologisch-histologisch dieser Zusammenhang noch vollkommen dunkel ist.

H. BURGER.

70) **Mettenheimer** (Schwerin). **Soor im höheren Alter.** *Memorab. XXXVIII. 1. 1894. Allgem. Wiener Med. Zeitung. 1894. No. 6.*

Im ersten Falle handelte es sich um eine Frau von 92, im zweiten Falle um eine Frau von 80 Jahren, welche unter leichten katarrhalischen Erscheinungen an Soor erkrankten. M. macht darauf aufmerksam, dass die Reinigung des Mundes bei alten halb kindischen Personen oft grösseren Schwierigkeiten begegnet als bei kleinen Kindern.

SEIFERT.

71) **J. W. Hulke** (London). **Drei etwas ungewöhnliche Fälle von Speichelstein. (Three somewhat uncommon cases of salivary calculi.)** *Lancet. 6. Januar 1894.*

Verf. hält die Diagnose eines Speichelsteines nicht für schwierig, wenn derselbe nahe dem buccalen Ende des Ausführungsganges liegt; anders aber stellt es sich, wenn der Stein weiter von dem Orificium abliegt. Verf. berichtet über 3 Fälle. Im ersten steckte der Stein nahe der Zungenwurzel und verursachte Verdacht auf Krebs. Im zweiten machte der sehr grosse Stein eine äusserlich sicht-

bare Geschwulst; auch hier entstand Verdacht auf Krebs. Im dritten Falle lag der ziemlich grosse Stein tief und eng bei der Submaxillardrüse. In diesem Falle bildeten sich wiederholt neue Steine und Abscesse. MACKENZIE-JOHNSTON.

72) **Abraham** (Konitz). **Dentalin, ein neues Mundkosmeticum.** *Deutsche Monatsschr. f. Zahnheilk. 4. H. 1894.*

A. hat ein neues Mundcosmeticum hergestellt, das sowohl als Zahnpulver, als zum Mundwasser verwendet werden kann, er glaubt mit diesem löslichen Pulver eine rationelle Mundpflege bethätigen zu können. SEIFERT.

73) **Gegenbaur** (Heidelberg). **Zur Phylogenese der Zunge.** *Morpholog. Jahrb. XXI. 1. 1894.*

Die Zunge entsteht als ein Drüsenorgan, es ist die drüsige Bildung der Zunge nicht nur als eine Vorstufe, sondern vielmehr als eine Vorbedingung für die Muskularisirung der Zunge anzusehen. SEIFERT.

74) **Eickenbusch** (Bonn). **Ueber muskuläre Makroglossie.** *Beitr. z. klin. Chir. XI. 2. 1894.*

In dem ersten Falle handelte es sich unzweifelhaft um eine musc. Makrogl. (5 Monate altes Kind), für welche E. als diagnostische Merkmale angiebt: Gleichmässig langsames Wachsthum der Zunge, grosse Beweglichkeit derselben, glatte Beschaffenheit der Oberfläche. Als Therapie haben sich mehrfache Keilexcisionen als sehr praktisch erwiesen. Histologischer Befund: Hypertrophie und Hyperplasie der Muskelfasern bei spärlichem Bindegewebe und spärlichen Gefässen. Im zweiten Falle (12 Monate altes Kind) handelte es sich um ein Hämatolymphangioma mixtum. SEIFERT.

75) **Sendziak. Beitrag zur Aetiologie der schwarzen Zunge. (Contribution à l'étiologie de la langue noire.)** *Revue de laryngologie. No. 7. 1894.*

Nach einer recht vollständigen historischen Uebersicht über seinen Gegenstand studirt Verf. die Frage nach der Natur dieser Krankheit. Auf eigene bacteriologische Untersuchungen gestützt nimmt er einen parasitären Ursprung des Leidens an. E. J. MOURE.

76) **F. Eve** (London). **Schwarze Zunge. (Black tongue.)** *Brit. Med. Journal. Mai 5. 1894.*

Demonstration eines 64jährigen Mannes am 27. April 1894 vor der Clinical Society of London, der mit diesem Leiden behaftet war. Details fehlen.

SEMON.

77) **Julius Rosenstirn. Ueber das Lipom der Zunge. Multiple symmetrische Lipome und ihre Aetiologie. (On lipoma of the tongue. Multiple symmetrical lipomata and their etiology.)** *N. Y. Med. Record. 23. Sept. 1893.*

Im Verlauf seiner interessanten Abhandlung giebt Verf. die eingehende Krankengeschichte eines Falles von Lipom der Zunge. Rechts an der Basis derselben, hinter den Papillae circumvallatae, dicht bei der Zungentonsille, sass ein

rother, stellenweise gelblich verfärbter, etwa wallnussgrosser Tumor. Derselbe war von weicher Consistenz, täuschte Fluctuation vor und reichte unter der Schleimhaut von der vorderen Fläche der Plica glosso-palatina posterior bis zu der etwas vergrösserten Tonsille, mit der er anscheinend einen zusammenhängenden Tumor bildete. Bei genauerer Untersuchung aber konnte man doch mit der Sonde von oben her den Tumor und die Tonsille von einander abgrenzen. Der ganze Tumor war nur dann sichtbar, wenn man die Zunge stark herunterdrückte und der Patient würgte. Gewöhnlich aber lag der hintere Theil des Tumors in der unteren rechten Hälfte des Pharynx verborgen. Der Tumor war freibeweglich und nirgends mit den umgebenden Geweben verwachsen. LEFFERTS.

78) **O. Chiari** (Wien). **Polyp des Zungengrundes.** Demonstrirt in der Gesellsch. d. Aerzte in Wien am 15. Juni 1894. — *Wiener klin. Wochenschrift. 1894. No. 25.*

Ch. demonstrirt einen nussgrossen halbkugeligen Tumor, den er mit der galvanocaustischen Schlinge von der Mitte des Zungengrundes entfernt hatte. Derselbe erwies sich als Hypertrophie aller Schichten der Schleimhaut und des submucösen Gewebes, war reichlich mit Serum durchtränkt und enthielt auch einige Hohlräume (ausgedehnte Lymphräume). Das Gewebe war arm an Rundzellen und zeigte nur eine kleine rundliche Anhäufung solcher; die Hauptmasse des Tumors war Bindegewebe. Es handelte sich also nicht um ein Auswachsen der Balgdrüsen (Lymphfollikel) des Zungengrundes der sogenannten Zungentonsille. Autoreferat.

79) **H. J. Dreschfeld** (Manchester). **Osteom des Oberkiefers; Epitheliom der Zunge. (Osteoma of the superior maxilla: epithelioma of the tongue.)** *Brit. Med. Journal. 13. Januar 1894.*

Der 52jährige Patient hatte ein Epitheliom der Zunge, das die untere Fläche derselben beiderseits vom Frenulum einnahm. Ausserdem war die rechte Seite des Oberkiefers durch einen grossen soliden knöchernen Tumor aufgetrieben. Dem Umfange dieser Geschwulst entsprechend waren die Zähne in ihrer Stellung verlagert und der linke seitliche Schneidezahn, sowie die D. canina waren im Contact mit der unteren Zungenfläche. MACKENZIE-JOHNSTON.

80) **B. Farquhar Curtis. Die Heilung des Krebses durch operativen Eingriff. (The cure of cancer by operation.)** *N. Y. Med. Record. 24. Februar 1894.*

Zunge. In den letzten Jahren sind mehrere wichtige Mittheilungen über den Erfolg der Operationen wegen Zungenkrebs erschienen. Whitehead hat eine Statistik über 129 Fälle geliefert, Billroth über 139, Volkmann über 91, Czerny 28, König 28 und Kocher 58 — insgesammt 473 Fälle mit einer Mortalität von 54 = 11,4 pCt. Unter diesen Fällen wurde die ganze Zunge exstirpirt in 139 Fällen mit 15,8 pCt. Mortalität und die Hälfte nur oder weniger wurde entfernt in 81 Fällen, von denen kein einziger starb. Die Entfernung der Zunge durch den Mund ohne jede vorherige Operation mit Ausnahme der Ligatur der Lingualarterien wurde 163 mal ausgeführt mit einer Mortalität von 12,8 pCt.; 77 mal wurde die Zunge nach Kocher's Methode oder nach Resection oder Spal-

tung der Unterkiefers exstirpirt; hierbei betrug die Mortalität 14 pCt. Diese geringe Differenz verdient bemerkt zu werden, denn sie steht im Gegensatz zu der allgemein verbreiteten Anschauung, dass die sogenannte einfachere Methode der Excision der Zunge mit der Scheere so sehr viel gefahrloser sei, als die anderen Operationsmethoden. Bei Whitehead beträgt die Mortalität der Zungenexstirpationen mit gleichzeitiger Ausräumung der Drüsen 77 pCt.; er verfügt aber nur über eine geringe Zahl dieser Operationen. Bei so schlechtem Resultat kann es nicht wunderbar dünken, wenn W. die einfachere Operation vom Munde aus mehr empfiehlt. Seine Resultate sind jedoch so sehr viel schlechter, als die anderer Chirurgen, dass es keinem Zweifel unterliegt, dass W. Fälle, die überhaupt nicht mehr operabel waren, operirt hat. Eine bessere Schätzung der Gefahren beider Operationen lässt sich aus Kocher's Publicationen abstrahiren. Von 1872 bis 1882 operirte K. 29 mal, mit 5 Todesfällen, und 1883 bis 1888 wieder 29 mal mit nur 1 Todesfall. Es zeigt sich hierin einmal der Fortschritt der Technik und zweitens der Einfluss der grösseren Erfahrung und der dadurch gewährleisteten zweckmässigeren Auswahl der Fälle. Die einfachere Exstirpation per os nach Ligatur der Linguales wurde 18 mal ausgeführt, ohne Todesfall. Nach seiner eigenen Methode operirte K. 12 mal mit 1 Exitus letalis (= 8,3 pCt.); Spaltung oder partielle Resection des Unterkiefers war bei 22 Fällen erforderlich und ergab 4 Todesfälle (= 18,1 pCt.). Diese letzte Gruppe umfasst die schwersten Operationen und die ungünstigsten Fälle, denn Kocher entschliesst sich selten und nur wo die Krankheit sehr ausgebreitet ist, zur Spaltung des Kiefers. Diese Zahlen scheinen ein richtiges Bild von den Erfolgen, die man bei der einen oder anderen Operationsmethode erwarten darf, zu geben.

Was schliesslich die endgültigen Resultate anlangt, so finden sich Bemerkungen darüber bei 186 Fällen; Recidive greifen Platz bei 111 Fällen (39 innerhalb 6 Monaten, 26 im zweiten Halbjahr, 16 im zweiten Jahr, 30 nach 3 Jahren und mehr); von den recidivfreien Fällen wurden 51 nur einen Zeitraum von weniger als 3 Jahren, 8 drei Jahre lang, 16 vier Jahre und länger verfolgt. Setzt man die Grenze also bei 3 Jahren, so ergeben sich 10 pCt. Heilungen, bei vierjähriger Grenze 6,6 pCt. Rechnet man die Fälle mit Exitus letalis ab, so ergiebt sich ein Heilungsprocentsatz von 13 resp. 8,6 pCt.

Unter Kocher's Fällen finden sich zwei Recidive 10 und 12 Jahre nach der ersten Operation. Zwischen der Ausbreitung der Krankheit und der Schwierigkeit der Operation und der Dauer der Zeit bis zum Eintritt des Recidivs scheint ein entschiedener Zusammenhang zu bestehen.

In der Whitehead'schen Statistik überleben 17 Fälle weniger als 3 Jahre, zwei 3 Jahre lang, fünf 4—10 Jahre und 1 über 10 Jahre, im ganzen also 25 Fälle bei einer Gesammtzahl von 129 Operationen; von dem Rest konnte die Mehrzahl nicht weiter beobachtet werden.

LEFFERTS.

81) **Butlin. Betrachtungen über eine Reihe von 46 Fällen von Exstirpation der halben oder der ganzen Zunge mit 1 Todesfall. (Lecture on series of 46 cases of removal of one half or the whole of the tongue with one fatal result.)** *Brit. Med. Journal. 14. April 1894.*

Sämmtliche Fälle wurden nach Whitehead's Methode operirt. Die grosse

Gefahr lag in der Möglichkeit allgemeiner oder pulmonärer Sepsis. Es wurde zur Verhütung derselben 8—10 Tage lang Jodoform eingeblasen und der Mund mit Condy'scher Flüssigkeit oder Carbolsäure ausgewaschen. Der Pat. hält dabei den Kopf tief und liegt auf der Seite, von der das grössere Stück Zunge entfernt ist. Sehr wesentlich ist die Art der Ernährung. Ist $^1/_2$—$^1/_3$ der Zunge exstirpirt, so erhält der Pat. schon am Tage nach der Operation Nahrung durch eine 3—4 Zoll lange Schlundsonde. Dabei liegt der Pat. auf der Seite, auf der das kleinere Stück Zunge fehlt. Schwierig ist die Ernährung nach der Totalexstirpation der Zunge. 2 Tage lang beschränkt man sich in diesem Falle auf die Ernährung per Klysma. Dann versucht der Pat. Wasser zu schlucken. Gelingt dies, so geht man zu flüssiger Nahrung über, die auch durch eine Sonde eingeführt werden kann. Beim Herausziehen der Sonde ist dieselbe fest zuzuklemmen, damit nicht Flüssigkeit in den Larynx eintropft. — 19 von B.'s Patienten waren über 60 Jahre alt.

ADOLPH BRONNER.

82) **Riddell. Eine neue Methode der Zungenexcision. (New method of excision of tongue.)** *Aberdeen Branch of B. M. A. Brit. Medical Journal. 31. März 1894.*

Die Zunge wird gespalten nach Morrant Baker; die beiden Hälften werden jede für sich mit einer besonderen Klammer (Young, Edinburgh) abgeklemmt und mit dem Messer abgetragen. Photogramme veranschaulichen den Gang der Operation.

ADOLPH BRONNER.

83) **Ehrmann** (Heidelberg). **Functionsstörungen von Geschmackssinn, Sprache, Kau- und Schluckbewegungen nach Totalexstirpation der Zunge.** *Beitr. zur klin. Chir. XI. Bd. 3. 1894.*

Im ersten Theil der Arbeit sichtet und stellt E. das zerstreut vorhandene Literaturmaterial zusammen mit alleiniger Rücksicht auf Functionsstörungen und auf Fälle wirklichen totalen Zungenmangels überhaupt, um einen Ueberblick über den bisherigen Stand der Ansichten zu erhalten, während im zweiten Theil ein Fall von vollständiger Zungenexstirpation (ausgeführt von Czerny) beschrieben wird, nebst Mittheilung eigener Beobachtungen und experimentelle Untersuchungen über functionelle Ergebnisse in diesem Fall, betreffend Geschmack, Sprache, Kau- und Schluckbewegungen. Aus all diesem ergiebt sich, dass die Kau- und Schlingfunctionen in erheblichem Maasse durch Verlust der Zunge gestört werden. Störungen der Geschmacksfunction sind wohl immer bei Zungenlosen vorhanden, doch reicht für gewöhnliche Zwecke beim Genuss von Speisen die Geschmacksempfindung aus. In Bezug auf die Sprache ist eine Gruppe von Lauten durch den Mangel der Zunge ganz unberührt (Lippenlaute), während Buchstaben, bei welchen die Zunge gebraucht werden muss, bedeutend verändert werden.

SEIFERT

84) **L. J. Lautenbach. Ein neuer Zungenherabdrücker. (A new tongue depressor.)** *Phil. Med. News. 27. Januar 1894.*

Ein silberner Zungenspatel, der zwischen Löffel und Halter einen Winkel von 135° hat; gewöhnlich ist der Löffel in einem Winkel von 115° angesetzt.

LEFFERTS

85) **Colin. Ein Fall von phlegmonöser Periamygdalitis lingualis. (Sur un cas de periamygdalite linguale phlegmoneuse.)** *Archives internat. de laryngologie et de rhinologie. No. 5. 1893.*

Pat., ein Mann von 49 Jahren, erkrankte mit heftigen Halsschmerzen, Schluckbeschwerden und Anschwellung des Halses. Nach einigen Tagen warf er Eiter aus; an der Zungenbasis zeigte sich eine harte rothe Geschwulst, die incidirt wurde, wobei sieh Eiter entleerte. Nach wiederholten Cauterisationen mit Jod kam Pat. zur Heilung. E. J. MOURE.

86) **A. Sikkel Azn** (Utrecht). **Die Hypertrophie der Zungentonsille. (De hypertrophie van de tonsil der tongbasis.)** *Med. Weekblad. No. 13. 30. Juni 1894.*

Symptomatologie und Therapie. S. theilt drei Fälle mit, welche sämmtlich mit Husten und Expectoration von blutigen Sputis einhergingen, während die Galvanocaustik, welche Verf. als die beste Behandlung des in Rede stehenden Leidens rühmt, rasch Heilung brachte. H. BURGER.

87) **P. J. Mink** (Amsterdam). **Pseudoglobus hystericus.** *Geneeskundige Courant 26. Nov. 1893. No. 48.*

Der sogenannte Globus hystericus kann ein Symptom von Hypertrophie der Zungentonsille sein. H. BURGER.

88) **Chauveau** (Paris). **Ohnmachtsanfälle in Folge von Hypertrophie der Zungentonsille. (Crises syncopales dues à l'hypertrophie de l'amygdale linguale.)** *Journal des praticiens. 16. Mai 1894.*

Nach Zerstörung der hypertrophirten Zungentonsille verschwanden die Ohnmachtsanfälle, die meistentheils am Anfang der Mahlzeiten stattfanden, vollständig. LUC.

89) **J. Murphy** (Sunderland). **Ein einfaches Mittel zur Verhütung des Eindringens von Blut in die Trachea bei Operationen im Mund. (A simple means of preventing the entrance of blood into the trachea during operations about the mouth.)** *British Medical Journal. 5. Mai 1894.*

M. operirt am hängenden Kopf. Der Pat. liegt auf dem Rücken; er erhält nur sehr wenig Chloroform. Der einzige Nachtheil der Methode ist die etwas stärkere Blutung. ADOLPH BRONNER.

90) **Dwight L. Hubbard. Ein Instrument zur Abhaltung des Blutes vom Larynx während in Narkose vorgenommener Operationen im Mund oder Nase. (An instrument for excluding blood from the larynx during throat or mouth operations requiring anaesthesia.)** *N. Y. Med. Journal. 9. Juni 1894.*

Das Instrument besteht einfach aus einer den O'Dwyer'schen Intubationsröhren nachgebildeten Röhre, die an eine zweite Hartgummisonde gleichen Calibers angeschraubt wird. Der Patient wird intubirt; die obere Sonde, die im Munde liegt, wird so gebogen, dass sie den Platz für die Einführung anderer Instrumente

nicht beengt. Die Einführung der Tube geschieht, wenn die Narkose erzielt ist; diese kann aber, wenn nöhig, durch die Tube unterhalten werden.

LEFFERTS.

d. Diphtheritis und Croup.

91) **C. Edson. Ist der membranöse Croup contagiös? (Is membranous croup contagious?)** *N. Y. Med. Record. 11. November 1893. N. Y. Med. Journal. 11. November 1893.*

Die Thatsache, dass in der grossen Mehrzahl der Fälle von membranösem Croup (bei denen anscheinend der Pharynx nicht afficirt war), die von den Beamten des Department of Health of New York City bakteriologisch untersucht wurden, auch in dem Sekret, das dem Pharynx mit Wattebäuschchen entnommen war, Löffler'sche Bacillen sich nachweisen liessen, drängt zu dem Schlusse, dass der membranöse Croup eine Diphtherie des Kehlkopfs und dass er im Stande ist, weitere Krankheitsfälle der gleichen Art oder auch Diphtherie von gewöhnlichem Typus zu verschulden. Bevor das Gesundheitsamt aber den contagiösen Charakter des membranösen Croups ausspricht und denselben unter die ansteckenden und der Anzeigepflicht unterliegenden Krankheiten aufnimmt, wünscht es über eine noch grössere Reihe zuverlässiger bakteriologischer Untersuchungen zu verfügen. Der einzige Weg aber, dazu zu gelangen, ist der, dass die Aerzte freiwillig ihre Fälle von membranösem Croup zur Anzeige bringen, damit sie bakteriologisch untersucht werden können. Die Bitte darum richtet das Amt an alle Aerzte des Departments.

LEFFERTS

92) **H. M. Biggs. Bakteriologische Untersuchungen der Diphtherie durch das New Yorker Gesundheitsamt. (Bakteriological examinations made in diphtheria by the Health Department of New York City.)** *N. Y. Medical Record. 25. November 1893.*

B. hält es für wünschenswerth, dass der ärztliche Stand über die Resultate der vom Amt vorgenommenen Untersuchungen bezüglich der Diphtherie genau informirt ist. Vor etwa $1^1/_2$ Jahren hat Dr. Park eine Reihe von Diphtheriepatienten im Willard Parker Hospital auf das Vorhandensein von Diphtheriebacillen hin untersucht. Geprüft wurden ca. 150 Fälle. Es ergab sich, dass ein grosser Theil der Fälle, die als vermeintliche Diphtherie in's Krankenhaus kamen, in Wirklichkeit gar nicht Diphtherie hatten, sondern eine Pseudo-Diphtherie mit Membranbildung. Im Sommer war der Procentsatz an echter Diphtherie ein grösserer, im Winter und Frühjahr aber, wenn die anderen Halsaffectionen herrschten, waren mehr als 50 pCt. nicht Diphtherie. Mit diesen bakteriologischen Resultaten stand auch das klinische Verhalten in gutem Einklang. Biggs hat auf diesen Punkt besondere Aufmerksamkeit verwendet. Er stellte fest, dass in den Fällen, in denen der Diphtheriebacillus fehlte, die Mortalität nahezu gleich Null war; die paar Fälle, welche starben, betrafen ausschliesslich ganz junge Kinder, bei denen eine

Bronchopneumonie dazugekommen war. Auf der anderen Seite war bei den Fällen mit Löffler'schen Bacillen die Mortalität sehr hoch, 25—40 und selbst 50 pCt.

Auf B.'s im Anfang 1893 gemachten Vorschlag hat das Amt einen eigenen „Inspector and Bacteriological Diagnostician" für die Diphtheiie eingesetzt (Dr. Park). Seit Mai 1893 ist das Amt in den Stand gesetzt, alle Diphtheriefälle, die zur Anzeige kommen, bakteriologisch zu untersuchen. LEFFERTS.

93) **Redactionelle Bemerkung. Die Infectiosität des sogen. membranösen Croups. (The infectiousness of so-called membranous croup.)** *Phil. Medical News. 9. December 1893.*

„Wir haben", schreibt der Herausgeber, „bereits bei früherer Gelegenheit (The News, 23. Juli 1892) unsere Ueberzeugung von der nahen Verwandtschaft, wenn nicht vollständigen Identität zwischen dem sog. membranösen Croup und der Diphtherie ausgesprochen. Eine Stütze erfährt unsere Stellung durch die jüngste öffentliche Mittheilung des Health Department of the City of New York. Der Vorsteher der Abtheilung für Pathologie, Bakteriologie und Desinfection dieses Departments, Dr. H. M. Biggs, berichtet über die bakteriologische Untersuchung von 36 Fällen von membranösem Croup; in 30 von diesen fand sich der Löffler-sche Bacillus. In sämmtlichen Fällen „war die Membran entweder vollständig auf den Larynx beschränkt, oder es fanden sich nur ganz geringfügige Fleckchen im Halse, im Kehlkopf aber bestand eine sehr ausgedehnte Exsudation". Bei 6 Fällen fanden sich keine Diphtheriebacillen. Dieselben müssen danach als Beispiele von pseudodiphtheritischer catarrhalischer Entzündung des Kehlkopfes angesehen werden, analog den ganz ähnlichen nicht-diphtheritischen pseudomembranösen Entzündungen des Pharynx. Fünf von den Fällen, in denen der Löffler-sche Bacillus sich fand, gingen vorauf und folgten im Laufe einer Woche andere Fälle von Rachendiphtherie in der unmittelbaren Nachbarschaft. Drei Fällen ging echte Diphtherie voran, und 7 Fällen folgten andere diphtheritische Erkrankungen. Dem Rest von 15 Fällen ging echte Diphtherie in der unmittelbaren Umgebung weder voran, noch folgte ihnen solche. Auf Grund der im Vorstehenden skizzirten Resultate fordert der Commissioner and Chairman of the Sanitary Committee of the Board of Health of New York City, Dr. Cyrus Edson, die Aerzte auf „die Fälle von membranösem Croup unter diesem Namen in derselben Weise, wie andere contagiöse Krankheiten anzuzeigen. Die bisherigen Untersuchungsresultate reichen aus, um diese Forderung zu begründen und um den Aerzten die Pflicht aufzuerlegen, den membranösen Croup auch als contagiöse Krankheit zu behandeln, d. h. die Isolirung der Patienten und die Desinfection genau so durchzuführen, wie bei der Diphtherie." LEFFERTS.

94) **Redactionelle Notiz. Impf-Diphtherie bei Milchkühen. (Inoculation-diphtheria in milch-cows.)** *Phil. Med. News. 25. November 1893.*

Die Bedeutung der Frage nach der Uebertragbarkeit der Diphtherie durch die Kuhmilch und besonders durch die Vermittelung des Euters der erkrankten Thiere liegt auf der Hand. Jede Beobachtung, die Licht auf dieses Gebiet zu

werfen geeignet ist, muss darum willkommen sein. A. C. Abbott (The Journal of Pathology and Bacteriology, Vol. II, No. 1, p. 35) berichtet über eine Versuchsreihe von Einimpfung der Diphtheriebacillen bei Milchkühen, deren Resultate mit den früher von Klein erhobenen Befunden etwas differiren. Während Klein neben den lokalen Läsionen an der Stelle der Impfung Läsionen am Euter der geimpften Thiere beobachtete, welche durchgehends Diphtheriebacillen enthielten, konnte Abbot am Euter keine Veränderungen wahrnehmen und auch die Bacillen nur an der Stelle der Impfung wiederfinden. Klein fand die Bacillen auch in der Milch der inficirten Thiere, Abbott nicht. Die Frage ist danach als eine offene zu bezeichnen; bei der Bedeutung derselben ist zu wünschen, dass sie bald eine weitere Bearbeitung erfährt. Abbott macht in seiner Arbeit auf die Veränderungen aufmerksam, die zweifellose Diphtheriebacillen in ihren morphologischen Verhältnissen unter dem Einfluss verschiedener Culturmedien erfahren.

LEFFERTS

95) **Francis W. Williams** (Boston). **Diphtherie und andere membranöse Halsaffectionen. (Diphtheria and other membranous affections of the throat.)** *Amer. Journ. of Med. Sciences. November 1893.*

Die sehr sorgfältige und umfangreiche Arbeit stützt sich auf die klinische und bakteriologische Untersuchung eines grossen Krankenmaterials und verdient im Original gelesen zu werden. Von den wesentlichen Punkten, die unser Interesse besonders verdienen, seien folgende genannt. Es können sich bei nicht-diphtheritischen Affectionen Membranen auf allen Theilen, von den Mandeln bis zum Larynx, ausbreiten; dagegen kann bei echter Diphtherie völliges Fehlen der Membran vorkommen. Bei 12 von 97 Fällen fand sich echte Diphtherie in Verbindung mit Scharlach. Auch bei Masern und Typhus wurde echte Diphtherie beobachtet. Verf. fand, dass Wasserstoffsuperoxyd in einer Concentration von 12—25 Vol. Proc. mit einem Gehalt von $^1/_4$—$^1/_2$ proc. Säure die Bacillen in 10 Secunden tödtet. Er empfiehlt eine Lösung von 50 Vol. Proc. mit 1 pCt. Säure als Spray. Man kann diese concentrirteren Lösungen durch Eindampfen der gewöhnlichen 10 procentigen Flüssigkeit bereiten.

P. MC BRIDE.

96) **Stscherbak. Nervöse Veränderungen bei Diphtherie. (Nervous lesions of diphtheria.)** *N. Y. Med. Record. 16. December 1893.*

St. experimentirte an Ratten und Meerschweinchen, die mit Diphtherie-Bouillonculturen oder dem Filtrat derselben geimpft wurden. Er constatirte verschiedene Veränderungen in dem Nervensystem der Thiere nach der Impfung, Blutungen in die spinalen Meningen und in die graue Substanz des Rückenmarks, acute Entzündung des letzteren, degenerative Vorgänge in den spinalen Wurzeln, Neuritis peripherer Nerven und Veränderungen in den Muskeln, sowohl parenchymatöser wie interstitieller Natur. Aehnliche Veränderungen sind von verschiedenen Beobachtern auch bei Patienten, die an Diphtherie gestorben waren, constatirt worden und nach St.'s Versuchen müssen sie als eine directe Folge der diphtheritischen Erkrankung aufgefasst werden. Es zeigen diese Versuche eine Analogie der Krankheitsvorgänge beim Menschen und beim Versuchsthiere; ausserdem weisen sie darauf hin, dass die diphtheritische Lähmung thatsächlich auf

einer Entzündung peripherer Nerven beruht; dieser Thatsache gegenüber haben die anderen Veränderungen in dem Nervensystem nur untergeordneten Werth. In allen Fällen, in denen der Impfung eine Lähmung folgte, fanden sich bei den Thieren neuritische Vorgänge in den peripheren Nerven. Die Intensität und Ausdehnung derselben entsprach gewöhnlich dem Grad und der Lokalisirung der Lähmung. Am meisten afficirt waren die Nervenfasern, welche zu den Muskeln zogen. Diese neuritischen Processe waren von den Veränderungen im Rückenmark unabhängig und die letzteren fanden sich auch da, wo Lähmung nicht bestand.

LEFFERTS.

97) **William Gay** (Bournemouth). **Diphtheritische Lähmung; Allocheirie. (Diphtherical paralysis; allocheiria.)** *Lancet. 21. October 1893.*

G. giebt die ausführliche Krankengeschichte eines 13jährigen Mädchens, das vor Kurzem einen schweren Anfall von Rachendiphtherie durchgemacht hatte. Ein paar Wochen nach diesem erkrankte dasselbe an Parese des Gaumens, Sehstörungen und anderen Symptomen aus dem Gebiete des Nervensystems. Die Pat. hatte keine eigentliche Muskellähmung, doch Tremor und eine erhebliche allgemeine Schwäche. Es bestand eine beträchtliche Ataxie aller Extremitäten, die Kniephänomene fehlten, ebenso die oberflächlichen Reflexe. Der Hauptpunkt indess, der das Interesse des Beobachters auf sich lenkte, war die Feststellung, dass jeder Druck und jede festere Berührung von der Patientin, wenn sie die Augen geschlossen hielt, auf genau die entsprechende Stelle der entgegengesetzten Körperseite bezogen wurde (Allocheirie). Leichte Berührungen wurden überhaupt nicht empfunden. Während eines Theiles der Erkrankung wurden auch Aphonie und ein gewisser Grad von Anosmie constatirt.

Der Verf. glaubt Hysterie in seinem Falle ausschliessen zu können und will sämmtliche Symptome auf die diphtheritische Vergiftung zurückführen. Er versucht die Allocheirie durch die engen Beziehungen, die zwischen correspondirenden sensorischen Sphären der beiden Körperhälften bestehen, zu erklären.

MACKENZIE-JOHNSTON.

98) **C. O. Hawthorne. Ein Fall von diphtheritischer Lähmung ohne jedes vorangehende Zeichen von Halserkrankung. (Case of diphtheritic paralysis without any proceeding history of throat affection.)** *Glasgow Med. Journal. November 1893.*

Der Pat., ein 8jähriger Knabe, klagte über Schwäche in den Beinen; er konnte dieselben nicht frei bewegen, auch war der Muskeltonus ein mangelhafter, jedoch bestand keine eigentliche Lähmung. Die Kniephänomene fehlten beiderseits; die oberflächlichen Reflexe waren erhalten mit Ausnahme des Plantarreflexes. Im Urin fand sich Eiweiss. Der Hämoglobingehalt des Blutes betrug nur 55 pCt. Der Puls verlangsamt, 64—72. Die Anamnese deutete auf eine Parese des Gaumens hin, die aber jetzt überwunden war. Von einer früheren Halserkrankung war nichts festzustellen, weder der Patient, noch seine Angehörigen wussten von einer solchen. Die Untersuchung des Knaben fand im August statt; im Juni hatte er sich ein Stück Zinn in den Fuss getreten, was ihm seinerzeit starke Schmerzen

verursachte. Verf. nimmt an, dass diese Wunde der Sitz des diphtheritischen Virus gewesen sein könnte. **P. MC BRIDE.**

99) **Redactionelle Bemerkung. Die moderne Diagnose und Behandlung der Diphtherie. (The modern diagnosis and treatment of diphtheria.)** *N. Y. Medical Record. 11. November 1893.*

Die praktische Verwerthung der neueren bakteriologischen Kenntnisse für die Diagnose der Diphtherie hat zwei Thatsachen ausser Zweifel gestellt: 1. dass bei über $^1/_3$ der als Diphtherie diagnosticirten Fälle die Diphtherie garnicht die ursprüngliche Krankheit war; 2. dass die Mortalitätsziffer der echten Diphtherie zwischen 40 und 60 pCt. beträgt. Alle die zahllosen Diphtheriemittel, die in den letzten 50 Jahren mit solchem Eifer angepriesen wurden, müssen als werthlos oder doch nahezu werthlos bei Seite gelegt werden. Denn es ist klar, dass alle die Autoren, die über ein „neues Mittel" berichteten, mit einer ganz geringfügigen Mortalitätsziffer, einfach gar keine Diphtheriefälle behandelt haben. Die Diphtheriediagnose und die Diphtherietherapie müssen auf eine ganz neue Basis gestellt werden, auf die Grundlage der Bakteriologie.

In einer jüngst erschienenen Arbeit hat Williams einige der früher so vielgepriesenen Mittel entthront. Eisen z. B. findet er oft durchaus nicht indicirt. Unter 19 Fällen hatten 16 den vollen Hämoglobingehalt des Blutes von 100 pCt. Die Eisentinctur erscheint ihm hauptsächlich wegen des Gehaltes an freier Salzsäure nützlich. Schwache wässerige Lösungen dieser Säure leisten dasselbe. Chlorsaures Kali hält er in schwachen Lösungen für unwirksam, in starken Dosen für gefährlich. Argentum nitricum wirkt als Causticum nicht tief genug. Chromsäure ist eins der schwersten aller Aetzmittel. Jod reizt bei der Inhalation zu sehr. Die Carbolsäurelösungen sind giftig und doch als keimtödtend nicht kräftig genug. Die digestiven Mittel gaben auch keinen Erfolg. Die Wirkung des Sublimats ist nur eine entwickelungshemmende, keine bactericide und oft nur eine flüchtige. Das wirksamste aller keimtödtenden Mittel, das gleichzeitig am wenigsten schmerzhaft ist, findet Williams im Wasserstoffsuperoxyd. Dasselbe muss jedoch in starken Lösungen, von 25—50 Volumprocent, zur Verwendung kommen.

LEFFERTS.

100) **John T. De Mund. Die Abortiv- oder Nussschalenbehandlung der Diphtherie. (The abortive or nutshell treatment of diphtheria.)** *N. Y. Medical Record. 7. October 1893.*

Verf. benutzt den Schwefel und „schwefelt" den Patienten und alles, was mit ihm in Berührung kommt. Lokal kommt der Schwefel zur Verwendung, indem den erkrankten Theilen Schwefel aufgestäubt wird, und zwar $^1/_2$ oder 1 stündlich Tag und Nacht; ausserdem wird eine Suspension von Schwefel und Wasser so oft als möglich als Gurgelwasser benutzt. Ein Spray ist weniger wichtig. Bei kleinen Kindern, die noch nicht gurgeln können, wird die Einstäubung recht ausgiebig und oft vorgenommen. Auch wird, etwa alle 6 Stunden, Schwefel im Krankenzimmer auf glühenden Kohlen verbrannt. So weit die lokale oder topische Behandlung.

Zum innerlichen Gebrauch wird dem Erwachsenen (Kindern entsprechend weniger) verordnet:

Tct. ferri chlorat.	15,0
Spirit. Minder.	45,0
Glycerin	30,0
Tct. Aconit.	1,5
Aq. fontan. . . . q. s. ad	250,0

M. D. S. Umgeschüttelt $^1/_2$ stündlich, später 1 oder 2 stündlich, Tag und Nacht, 1 Theelöffel voll zu nehmen.

Sehr wesentlich ist die Ernährung. Eismilch und Kalkwasser, Alkohol nach Bedürfniss des Falles stehen obenan. Nicht zu vergessen ist vor jeder anderen internen Medication eine starke Dosis Calomel.

LEFFERTS.

101) **W. A. Galloway. Eine Behandlungsmethode für Diphtheritis in Hospital- und Privatpraxis mit niedriger Mortalitätsziffer. (A treatment giving a low death-rate in cases of diphtheria in hospital and private practice.)** *N. Y. Med. Journal. 21. October 1893.*

Sobald der Verdacht der Diphtheritis auftritt, giebt Verf. Calomel und zwar 0,05 g für jedes Jahr des Patienten bis 1,00 g in 4—6 stündlicher Wiederholung; zur Verhütung der Quecksilbervergiftung werden copiöse Heisswasserinjectionen gemacht. Die Therapie wird fortgesetzt, bis eine volle Wirkung auf Leber und Nieren eintritt, die beide infolge der Resorption des Diphtherietoxins in einer Art paretischen Zustandes sich befinden. Sobald die Quecksilberwirkung voll in Erscheinung tritt, bessert sich auch das Aussehen des Patienten sofort. Die Stühle sind von grassgrüner Farbe und erstaunlicher Menge. Furcht vor Speichelfluss ist unnöthig; weder Verf. noch seine Freunde beobachteten einen solchen selbst bei Verabreichung geradezu heroischer Dosen. Sublimat wurde innerlich bis zu Dosen von 0,003 mit grösseren Mengen Tct. ferri chlorat. und Alkohol 1 stündlich Tag und Nacht gegeben. Zur localen Behandlung diente das Wasserstoffsuperoxyd, ausserdem wurde der Hals zur Bildung einer Eschara vom Arzte selbst 2 mal am Tage mit einer Lösung von 0,75 Salicylsäure in 3,75 Alkohol gepinselt.

LEFFERTS.

102) **Redactionelle Notiz. Carbolsäure und Papayotin in der Behandlung der Diphtherie. (Carbolic acid and papayotin in the treatment of diphtheria.)** *Phil. Med. News. 21. October 1893.*

Der Artikel nimmt auf die Mittheilungen von Levy und Knopf Bezug (Berl. klin. Wochenschrift 1893, S. 771). Die Wirksamkeit der digerirenden Mittel, wie Pepsin, Trypsin, Pancreatin und Papayotin wurde bisher immer so gedeutet, dass diese Mittel die Membranen gewissermassen verdauten. Die genannten Autoren machen es wahrscheinlich, dass das Papayotin wenigstens noch einen anderen wesentlichen Effect hat, dass es nämlich die von den Diphtheriebacillen erzeugten toxischen Substanzen neutralisirt. Um diese Wirksamkeit des Papayotins jedoch voll aufkommen zu lassen, stellte es sich als nothwendig heraus, zuerst local ein keimtödtendes Mittel zu appliciren. Zu diesem Zwecke wurde eine Mischung von 5 g Acid. carbol. liquefact. und 10 Theilen Papayotin auf 100 Wasser verwendet.

Das Gemisch wurde mit dem Pinsel einige Stunden hindurch alle 10 Minuten, später alle 2 Stunden, Tag und Nacht in gleicher Weise, applicirt. Die Einpinselung geschah recht zart, ohne die Absicht, die Membranen direct abzulösen. Die Erfolge werden als sehr befriedigende geschildert. Die Localtherapie wurde durch den Gebrauch der Eiscravatte, reichliche Dampfinhalationen, Stimulantien (Wein) u. s. w. unterstützt. Von 51 schweren Fällen heilten 36 (71 pCt.), 15 (29 pCt.) starben.

LEFFERTS.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

103) **E. Göppert** (Heidelberg). **Ueber die Herkunft des Wrisberg'schen Knorpels.** Ein Beitrag zur vergleichenden Anatomie des Säugethier-Kehlkopfes. — *Morphologisches Jahrbuch. XXI. 1. 1894.*

Ausgehend von den Gegenbaur'schen Untersuchungen über die vergleichend-anatomische Bedeutung der Epiglottis, die im zehnten Bande des Centralblatts S. 155 referirt sind, untersucht Verfasser die Herkunft und morphologische Bedeutung des Wrisberg'schen Knorpels. Es wird nachgewiesen, dass die Epiglottis und die Wrisberg'schen Knorpel aus dem Zerfall einer ursprünglich einheitlichen Knorpelmasse hervorgegangen sind. Als solche stellt sie sich uns noch bei den niedersten Säugethieren (Echidna) dar. Bei den Insectivoren ist sie auch noch einheitlich, entsendet aber einen medialen (Epiglottis) und ein paar seitliche Fortsätze (Processus cuneiformes). Der Knorpel ist in seinen oberen Theilen rein hyalin. Die Basis ist zwar auch hyalin, aber von Drüsenmassen durchbrochen, in deren Umgebung der Knorpel allenthalben Degenerationserscheinungen zeigt.

Weiter aufwärts in der Säugethierreihe tritt dann ein gänzlicher Zerfall ein, welcher die drei Fortsätze des Knorpels zu selbstständigen Gebilden macht: der mittlere wird der definitive Epiglottisknorpel, die seitlichen werden die Wrisberg'schen Knorpel. Eine derartige Entwickelungsreihe lässt sich von den Insectivoren zu den Carnivoren, eine zweite analoge Reihe von den Insectivoren zu den Primaten verfolgen, während bei den Rodentien abweichende Wege der Entwickelung eingeschlagen sind, die aber auch durch Zurückgehen auf die primitiveren Verhältnisse niederer Säuger ihre Erklärung finden.

Das bei jenen niederen Formen noch einheitliche Knorpelgebilde erweist sich nun bei den Monotremen bei näherer Untersuchung als ein ursprünglich paariges Gebilde und das gleiche lässt sich für die basalen Abschnitte der complexen Bildung in der ganzen Säugethierreihe nachweisen.

Hiermit ist eine weitere Stütze für die Gegenbaur'sche Hypothese von der Ableitung der Epiglottis vom 6. Visceralbogen gewonnen, indem Epiglottis plus Wrisberg'schem Knorpel als ein in der Basis, dem ältesten Theile, paariges Gebilde nachgewiesen ist.

„Im Grossen und Ganzen erkennen wir also in dem Epiglottisknorpel ein Gebilde, das mit seiner paarigen Basis sich ganz identisch verhält, wie die übrigen

unzweifelhaft dem Visceralskelett enstammenden Bogenbildungen des Kopfdarmes der Säuger. Wie diese umspannt er mit seinen beiden symmetrisch angeordneten basalen Theilen von der Ventralseite her bogenförmig den ihm zugehörigen Abschnitt des Darmsystems."

RICHARD SEMON.

104) **Redactionelle Notiz. Heiserkeit und Lebensversicherung. (Hoarseness and life insurance.)** *Brit. Med. Journal. 27. Januar 1894.*

Eine kurze Bemerkung zu der Anregung M'Intyre's (Glasgow), ganz regelmässig eine laryngoskopische Untersuchung in allen Fällen vorzunehmen, selbst da, wo nicht Heiserkeit oder sonst ein specielles Symptom auf die Nothwendigkeit dieser Untersuchung hinweist.

MACKENZIE-JOHNSTON.

105) **J. de Havilland Hall** (London). **Heiserkeit bei der Lebensversicherung. (Hoarseness in life insurance.)** *Brit. Med. Journal. 10. Februar 1894.*

H. bekennt sich in einem Briefe an den Herausgeber zu der Ansicht, dass eine regelmässige Untersuchung des Kehlkopfes bei der Aufnahme in Lebensversicherungen in ihren Resultaten kaum die besondere Bemühung des Arztes und die Belästigung des Patienten aufwiegen dürfte. In allen Fällen von Heiserkeit dagegen empfiehlt auch er die laryngoskopische Untersuchung.

MACKENZIE-JOHNSTON.

106) **Simonin** (Paris). **Ulcerationen bei der acuten catarrhalischen Laryngitis. (Des ulcerations dans la laryngite catarrhale aigue.)** *Thèse de Paris. 1894.*

S. vertritt in der vorliegenden Arbeit die Anschauung, dass Geschwüre bei der rein catarrhalischen Laryngitis vorkommen können. Diese Geschwüre, die mit Vorliebe an den Processus vocales, in der Regio interarytaenoidea und an der vorderen Commissur sitzen, haben folgende Kennzeichen: sie sind meist oberflächlich von rundlicher oder ovalärer Gestalt, mit scharfen Rändern. Gewöhnlich symmetrisch angeordnet, haben sie eine natürliche Tendenz zur Heilung. Ursache dieser Ulcerationen ist für S. die Reibung der hyperämischen Schleimhaut. Die Geschwüre, die man bei Masern, Grippe, Keuchhusten beobachtet, sind nach seiner Meinung auch nur gewöhnliche catarrhalische Geschwüre, die in ihrem Verlauf und ihrem Aussehen durch secundäre Infectionen Modificationen erfahren. Für die Behandlung empfiehlt S. Pinselungen mit Carbolglycerin (1 : 30).

A. CARTAZ.

107) **Touchard. Acute Laryngitis der Kinder den Croup vortäuschend.** *Revue mens. des malad. de l'enf. März-April 1894.*

Es handelt sich in diesem Artikel um eine Form von Laryngitis ohne Pseudomembranen, welche nicht, wie dies bei der Laryngitis stridulosa der Fall ist, vorübergehende dyspnoetische Anfälle verursacht, sondern von einer beständigen Athemnoth begleitet wird, mit Stidor, Tirage, Heiserkeit oder Stimmlosigkeit. Es fehlt nur das Auswerfen von Pseudomembranen, sonst aber gleicht das Bild ganz dem des Croup d'emblée.

Es geht aus den Beobachtungen des Verf.'s hervor, dass diese Form der Laryngitis zuweilen ohne Tracheotomie zur Heilung kommen kann, dass in man-

chen Fällen aber die Indication der Operation eine absolute ist. Verf. erwähnt sogar tödtliche Fälle, in denen der Exitus letalis durch die Tracheotomie hätte vermieden werden können. Der klinischen Arbeit von Touchard fehlt nur — die laryngoskopische Untersuchung!

LUC.

108) **J. M. Stewart. Laryngitis bei Frauen. (Laryngitis in females.)** *Journ. Ophth., Otol. and Laryngology. Januar 1894.*

Zwischen dem Kehlkopf und den Genitalorganen bestehen deutliche Beziehungen. Während der Menstruation ist die Stimme bei Sängerinnen öfters rauh. Verf. erwähnt einen Fall, in dem Applicationen auf das Endometrium schweren Kehlkopfspasmus verursachten. Es ist deshalb bei laryngealen Affectionen der Frauen stets auch auf die Beckenorgane zu achten und Sängerinnen sollen ihre Stimme während der Menstruation möglichst schonen.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

109) **Lucatello. Die Pathogenese der laryngealen Complicationen beim Typhus. (The pathogenesis of the laryngeal complications of typhoid fever.)** *Philad. Med. News. 26. Mai 1894.*

L. berichtet über einen Typhusfall, bei dem neben den typischen Läsionen des Darms etc. eine rothgraue Hepatisation des rechten oberen Lungenlappens und eine catarrhalische Entzündung der Kehlkopfschleimhaut bestand. Während des Lebens wurde der Typhusbacill am 10. Tage der Krankheit durch Milzpunction und am 12. Tage im Speichel und dem Kehlkopfsecret nachgewiesen. L. ist der Meinung, dass die Anwesenheit dieses Bacteriums im Larynx eine Prädisposition schafft für die Ansiedelung anderer Mikroorganismen, einschliesslich der Eitererreger und dass diese dann die secundären Processe, die man bisweilen beobachtet, verschulden.

LEFFERTS.

110) **Brown. Ein Fall von acutem Oedem des Kehlkopfs während eines Anfalles von Rheumatismus. (Case of acute oedema of larynx during attack of rheumatism.)** Manchester Med. Society. — *British Medic. Journal. 14. April 1894.*

Das Oedem war infraglottisch und wechselte in seiner Stärke mit dem Zustand der Gelenke: besserten sich diese, so nahm das Oedem zu. Man entschloss sich zu einer Localbehandlung, die auch zur Heilung führte.

ADOLPH BRONNER.

111) **A. C. H. Moll. Ein Fall von primärer Schleimhautphlegmone des Kehlkopfes und ein Fall von Retropharyngealabscess. (Een geval van primaire slymoliessphlegmone van den larynx en een geval van retropharyngeaalabsces.)** *Med. Weekblad. 9. Juni 1894. No. 10.*

Nachdem die erstere Patientin einige Zeit über Empfindlichkeit im Halse geklagt hatte, trat eine erhebliche Verschlimmerung ein, welche das Schlucken gänzlich unmöglich machte. Die 6 Tage nach dem Auftreten dieser Verschlimmerung angestellte Untersuchung zeigte den Pharynx normal. Im Larynx fand sich eine ansehnliche, von der linken Arytänoidgegend ausgegangene Schwellung vor, welche

sich weit über die Medianlinie hin erstreckt und die Epiglottis berührte. Auf der Oberfläche der Geschwulst sah man einen gelben Punkt und einen grösseren gelben Fleck. An beiden Stellen wurde incidirt, und wiewohl das Messer ganz mit Eiter belegt war, floss kein Pus aus den Incisionsöffnungen ab. Sogleich trat bedeutende Verminderung der Schmerzen ein. Am vierten Tage waren beide Stimmbänder von vorne bis hinten sichtbar; nur zeigte das linke noch eine herabgesetzte Beweglichkeit. Am 8. Tage war die Restitutio ein vollständige.

Der zweite Fall betraf einen Retropharyngealabscess bei einem einmonatlichen Kinde. Der Incision folgte nach wenigen Tagen die Heilung. H. BURGER.

112) **Ferreri** (Rom). **Zwei Fälle von Larynxabscess. (Due casi d'ascesso laringeo.)** *Arch. it. d'Otologia. 1894. No. 1.*

Im ersten Falle (Alter nicht angegeben) traten plötzlich des Morgens stechende Halsschmerzen auf mit Fieber — 40° C. —, Unruhe und Delirien. Nach 24 Stunden wurde laryngoskopisch das Vorhandensein eines Epiglottisabscesses von Nussgrösse festgestellt. Beim Versuche, den Abscess einzuschneiden, stellte es sich heraus, dass sich der Eiter schon von selbst entleerte. Die Heilung war langsam, aber vollständig. — Der zweite Fall betrifft einen 38jährigen Advokaten, der schon seit 2 Monaten an Schluckbeschwerden, Halsschmerzen und Heiserkeit litt. Pat. meinte, seine Krankheit sei auf das Vorhandensein eines Knochenstückchens im Rachen zurückzuführen. Laryngoskopisch wurde eine kirschgrosse Anschwellung des linken Giessbeckenknorpels constatirt. Druck auf die Schwellung liess Eiter aus einer kleinen Fistel heraustreten. Keine Besserung. Nach 3 Wochen plötzliche Temperaturerhöhung, Fluctuation aussen am Halse in der Gegend des Aryknorpels. Der Abscess wurde eingeschnitten. Eine Wunde, später kam Milch, per os genommen, aus der Halswunde heraus. Es bestand also eine Communication zwischen dieser und dem Mundboden (?). Patient erholte sich schnell: aber $3^1/_2$ Wochen nach der Operation traten plötzlich Zeichen von Pleuritis exudativa und septischer (Gelenk-? Ref.) Pneumonie mit Lungengangrän auf. Pat. starb mit Erscheinungen von Larynxstenose und Bronchoplegie. Keine Section. Auch kein Versuch einer Erklärung des übrigens sehr interessanten Falles, der dem Referenten nicht einfach als ein Fall von Larynxabscess aufgefasst werden zu dürfen scheint. TOTI.

113) **G. C. Wilkin** (London). **Syphilitische Laryngitis. (Syphilitic laryngitis.)** *Brit. Med. Journal. 9. Juni 1894.*

Demonstration einer 38jährigen verheiratheten Frau am 17. Mai vor der Harveian Society of London. Ihr Kehlkopf- und Lungenleiden war anfänglich für tuberculös gehalten worden, war aber unter antisyphilitischer Behandlung vollständig geheilt. SEMON.

114) **Mendel** (Paris). **Tertiäre syphilitische Laryngitis. (Laryngite tertiaire syphilitique.)** *Soc. franç. de Dermatologie. 10. Mai 1894.*

Es bestanden dyspnoetische und asphyktische Zufälle in Folge von gummöser syphilitischer Infiltration des Kehlkopfes. Unter specifischer Behandlung trat schnell Heilung ein. A. CARTAZ.

115) **R. H. Woods** (Dublin). **Ein Fall von tertiärer Syphilis des Larynx. (Cases of tertiary syphilis of the larynx.)** Royal Academy of Medecine ot Ireland. — *Lancet. 19. Mai 1894.*

Ein Jahr nach der Infection musste Pat. wegen Larynxstenose tracheotomirt werden. Nach einigen Wochen konnte die Canüle entfernt werden. Pat. trank stark und exponirte sich Erkältungen durch Schlafen im Freien. Nach 3 bis 4 Wochen wurde die Tracheotomie nochmals gemacht und die Canüle wurde nun permanent getragen. Nach einem Jahre starb Pat. an acuter Pneumonie. Man fand sehr starke Stenose des Larynx an der Trachea; keine Ulceration.

ADOLPH BRONNER.

116) **Rueda. Syphilitische Entzündung des Crico-arytaenoidgelenks. (Arthrite crico-aryténoidienne syphilitique.)** *Revue de Laryngologie. 1894. No. 2.*

Gelegentlich eines Falles, den er selbst beobachtet hat, bespricht Verf. die verschiedenen Formen von Entzündung des Crico-arytaenoidgelenkes.

E. J. MOURE.

117) **J. E. Boylan. Initiales tuberculöses Geschwür an der hinteren Kehlkopfwand. (Initial tubercular ulcer on the posterior laryngeal wall.)** *Cincinnati Lancet-Clinic. 3. März 1894.*

Krankengeschichte eines Falles. Bis 3 Monate nach dem Erscheinen des Kehlkopfgeschwüres fehlten alle Zeichen einer Lungenerkrankung.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

118) **Catti** (Fiume). **Der pharyngo-laryngeale Typus der Miliartuberculose.** Vortrag, gehalten am XI. internat. Congress zu Rom. — *Wiener klin. Wochenschrift. 1894. No. 24.*

C. hat 2 Fälle beobachtet; acute Erkrankung, bei welcher die Rachen- und Kehlkopferscheinungen so in den Vordergrund treten, dass Lungen-, Gehirn-, Drüsen- und Bauchfell-Tuberkulose wenig beachtet wird. Die Temperatur war normal; Kehlkopf ödematös, Rachen stark geschwollen, geröthet, ecchymosirt, überall zahlreiche miliare Knötchen. Kehlkopf war immer stenosirt, daher Verwechslung mit Croup leicht möglich, da es sich um Kinder handelte. Catti stellt daher diese Form als V. Typus acuter Miliartuberkulose auf. CHIARI.

119) **C. P. Donelson. Die Kehlkopfphthise und ihre Behandlung. (Laryngeal phthisis and its treatment.)** *Trans. Michigan Medical Society. Vol. XVII. p. 121.*

Nichts Neues. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

120) **Lermoyez** (Paris). **Zwei dysphagische Formen von Kehlkopfschwindsucht. (Deux formes dysphagiques de phthisie laryngée.)** *Presse méd. 10. März 1894.*

Verf. unterscheidet die beiden folgenden Formen:

A. Die eine mit ausgedehnten Ulcerationen der Epiglottis und des Kehlkopfeinganges wird bei vorgerückten Phthisikern beobachtet: gegen dieselbe schlägt

Verf. Einblasungen von Morphium gemischt mit Milchzucker und Gummi arabicum vor.

B. Die andere bildet eine anfängliche Form der Schwindsucht, kommt also bei nicht cachektischen Kranken zur Beobachtung und findet laryngoskopisch ihre Erklärung im Vorhandensein einer sehr grossen runden Geschwulst von dem Anschein nach ödematöser Natur; in der That aber entsteht die Schwellung aus der tuberculösen Infiltration des periarticulären Gewebes eines Crico-arytaenoidgelenkes.

Als bestes Mittel, den Schmerz in solchen Fällen auf einmal zu beseitigen, rühmt Verf. die Exstirpation der Geschwulst mittelst der Krause'schen doppelten Curette oder mittelst der Gouguenheim'schen Zange. LUC.

121) **Redactionelle Bemerkung. Gegen die Dysphagie bei Kehlkopftuberculose. (For the dysphagia of laryngeal tuberculosis.)** *Philad. Med. News. 24. März 1894.*

Rp. Cocain hydrochlor. . . 0,5,
Ac. boric. 0,25,
Glycerin 1,0,
Aqu. destill. . . . ad 45,0.
M. d. s. Zu localer Application. LEFFERTS.

122) **Hajek** (Wien). **Demonstration eines Mannes, dem Hajek wegen Tuberculose die stark infiltrirte Epiglottis mit der Schlinge in 2 Portionen abtrug. Blutung sehr gering. Schlingen kaum gestört. Dann Curettement der Infiltrate des rechten Taschenbandes. Milchsäure. Larynx bessert sich sehr; ebenso wie die Lungen. Nach 1 Jahre Lupus der Haut des Gesichts und Oberarms. Tuberculöses Geschwür des Mundwinkels in Heilung begriffen. Allgemeinzustand glänzend.** Gesellschaft der Aerzte in Wien am 9. März 1894. — *Wiener klin. Wochenschr. 1894. No. 11.*

H. empfiehlt endolaryngeale Exstirpation der Epiglottis statt der Pharyngotomia subhyoidea und betont, dass der histologische Befund der Epiglottis für gewöhnliche Tuberculose und nicht für Lupus spreche. CHIARI.

123) **Sendziak** (Warschau). **Die Behandlung der Kehlkopf- und Lungentuberculose mittelst Subcutaninjectionen von Thiosinamin. (The treatment of tuberculosis of the larynx and lungs by means of subcutaneous injections of Thiosinamin.)** *Journal of Laryngology etc. März 1894.*

Verf. machte Injectionen einer 15procent. alkoholischen Lösung. Der Erfolg war nicht sehr ermuthigend. Verf. berichtet über 12 Fälle, darunter einen Fall von Lupus der Nase. In 3 Fällen zeigte sich eine unbedeutende Besserung im Larynx; die Lungen aber blieben unbeeinflusst. Bei dem Lupusfalle war nach 5 Injectionen eine deutliche Besserung erkennbar. ADOLPH BRONNER.

124) **Heryng** (Warschau). **Die Erfolge der chirurgischen Behandlung der Kehlkopfphthise bei 252 Fällen. (Results of the surgical treatment of laryngeal phthisis based on 252 cases.)** *Journal of Laryngology etc. April 1894.*

Der vorliegende Bericht ist eine Fortsetzung des im Jahre 1892 publicirten.

Verf. giebt ausführliche Krankengeschichten von 18 Fällen von tuberculöser Erkrankung des Kehlkopfes. Bei sämmtlichen waren gleichzeitig die Lungen afficirt. Die Operationen wurden mit der Curette oder mit Krause's Doppelcurette ausgeführt und die Wundflächen dann mit Milchsäure behandelt. In allen Fällen heilten die Ulcerationen. Die Application von 2procent. Pyoctanin nach der Operation verhütete reactive Entzündungen sowie das Auftreten von Schmerzen.

ADOLPH BRONNER.

125) **Heryng** (Warschau). **Fernere Beiträge zur chirurgischen Behandlung der Larynxphthise, auf Grund von 270 Fällen besprochen.** *Klinische Zeit- und Streitfragen. VIII. Bd. 2. Heft. Wien. 1894. Alfred Hölder.*

H., der circa 3000 Fälle von Larynxphthise protocollirt und seit dem Jahre 1887 davon chirurgisch 270 behandelt hat, bringt 18 Fälle genauer, bei denen die Ausheilung im Larynx mindestens ein Jahr gedauert hat. Das Studium dieser Krankengeschichten ist sehr zu empfehlen. Es wurden viele recht schwere Fälle behandelt, indem viele Patienten hochgradig an der Lunge erkrankt waren und fast alle an Dysphagie und Heiserkeit litten; im Kehlkopfe bestanden Infiltrate der Epiglottis, der hinteren Larynxwand, der Taschenbänder etc. Ulcerationen an verschiedenen Stellen. H. betont mit Recht, dass aus dieser Casuistik hervorgehe, dass in entsprechenden Fällen unter Beihülfe chirurgischer Behandlung tuberculöse Affectionen des Kehlkopfes ausheilen können. Einseitige Erkrankung des Kehlkopfes heilt leichter. Die Dysphagie fordert am meisten zur chirurgischen Behandlung heraus und lässt sich fast immer bekämpfen. Natürlich ist der Erfolg der chirurgischen Behandlung abhängig von vielen Umständen; Recidive sind nie sicher auszuschliessen. Stärkere Blutungen kommen selten und zwar meist nur bei harten Infiltraten der Taschenbänder vor; diese soll man daher galvanocaustisch oder electrolytisch beseitigen. Gegen Blutungen nutzt meist Bepinselung mit Liqu. ferri sesquichlorat. aa mit 80 pCt. Milchsäure. Contraindicirt ist die chirurgische Behandlung bei totaler tuberculöser Infiltration des Kehlkopfes, bei Geschwüren der Trachea, bei miliarer Tuberculose, bei hochgradiger Lungenphthise, bei Tuberculose des Darmes, der Harn- oder Geschlechtsorgane, bei allgemeiner Cachexie. Einfache Ulcera heilen oft bei Bepinselung mit Milchsäure. Natürlich darf allgemeine Kräftigung nie vernachlässigt werden; doch genügt Luftwechsel in klimatischen Curorten allein nur in den seltensten Fällen zur Heilung schwerer Larynxtuberculose. H. hat zwar 14mal spontane Heilung von Larynxtuberculose beobachtet, aber es handelte sich meist um leichtere Fälle, als die chirurgisch behandelten. Namentlich die Dysphagie ist fast nur chirurgisch zu heilen. Die chirurgischen Eingriffe, als Curettement, Exstirpation mit schneidenden Zangen, Doppelcuretten etc., Aetzungen sind fast schmerzlos, beinahe ganz ungefährlich und werden leicht ertragen. H. erwartet daher, dass sich die meisten Laryngologen dieser Behandlung zuwenden werden (viele thaten es schon), da völlige locale Heilungen auch mikroskopisch constatirt wurden und die Beseitigung der Dysphagie die Kräftigung des Patienten ermöglicht. Näheres im Original nachzulesen.

CHIARI.

126) **Lennox Browne. Ueber die Indicationen und die Grenzen der lokalen Behandlung bei Kehlkopfphthise. (On the indications and limits of topical treatment in laryngeal phthisis.)** *Journal of Laryngology. April 1894.*

B. glaubt nicht an die wirkliche Heilung in so zahlreichen Fällen. Er selbst hat nur einen einzigen Fall von Heilung gesehen, den er seit $7^1/_2$ Jahren in Beobachtung hat. In den Frühstadien vor der Ulceration ist Menthol mit Jodol meist von Nutzen. Eine ätherische Aristollösung in Form eines Sprays wirkt schmerzlindernd. Auch Codein ist sehr brauchbar. Das Curettement und die Application von Milchsäure sind sehr empfehlenswerth. Die tiefen Punctionen, wie sie Moritz Schmidt früher empfahl, wirken nicht gut. B.'s persönliche Erfahrungen mit der Tracheotomie sind auch nicht günstige. Auf das Klima kommt wohl viel an, doch wirkt dasselbe auf den einen Patienten besser, auf andere weniger gut.

ADOLPH BRONNER.

127) **Lohoff** (Laer). **Ueber Tracheotomie bei Larynxtuberculose.** Dissertation. Würzburg. 1894.

Bericht über 5 Fälle von Tracheotomie bei Larynxtuberculose, von denen 3 aus dem Ambulatorium von Seifert, 2 aus der Klinik von Angerer stammen. Daran schliessen sich noch 2 Fälle von Laryngotomie bei Kehlkopftuberculose aus der Praxis von Seifert.

SEIFERT.

f. Schilddrüse.

128) **Byron Bramwell** (Edinburgh). **Die Behandlung der Psoriasis mittelst interner Darreichung von Schilddrüsenextract. (The treatment of psoriasis by the internal administration of thyroid extract.)** *British Medical Journal. 26. August und 28. October 1893.*

In dem in der Section für Dermatologie des B. M. A. Meeting gehaltenen Vortrage berichtet B. über 3 Fälle, die er mit grossem Erfolge mittelst Verfütterung von Schilddrüsenextract behandelt hat. Der Autor wurde auf diese Behandlungsmethode hingeleitet durch die Beobachtung, dass das Schilddrüsenextract in Fällen von Myxödem einen so ausserordentlichen Effect auf den Ernährungszustand der Haut ausübt. Bei der beschränkten Anzahl von Fällen, an denen B. bisher seine Methode erprobt hat, war der Erfolg ein vortrefflicher, so dass Verf. beabsichtigt, auch an anderen Hautkrankheiten, z. B. beim Eczem, diese Methode zu prüfen. An den Vortrag schloss sich eine kurze Discussion an.

MACKENZIE JOHNSTON.

129) **Byron Bramwell. Die Thyroid-Therapie bei Psoriasis. (Thyroid Therapy for Psoriasis.)** *Phil. Med. News. 7. October 1893.*

Gestützt auf die erhebliche Besserung, die er im Zustand der Haut bei Myxödem unter der Behandlung mit Schilddrüsenextract beobachtete, versuchte B. dasselbe Mittel auch bei einigen chronischen und hartnäckigen Fällen von Psoriasis. Der Erfolg war ebenso überraschend wie zufriedenstellend. Das Schilddrüsen-

präparat war übrigens das einzige Mittel, das er gab, so dass Zweifel an der Ursache der Besserung ausgeschlossen waren. In einigen Fällen war die subjective Besserung eine sofortige und bald folgten objective Zeichen derselben. Die entzündliche Röthe der erkrankten Hautpartien liess nach, es trat eine starke Abschuppung ein. Bei einem Patienten trat eine Verschlechterung ein; bei zweien blieb die Besserung aus und in einem Falle wurde ein leichtes Recidiv constatirt. Es drängt sich die Frage von selbst auf, warum diese Behandlungsmethode, wenn sie bei Psoriasis von Nutzen ist, nicht auch bei anderen Hautkrankheiten verwendbar sein solle.

LEFFERTS.

130) **Leslie Phillips** (Birmingham). **Schilddrüsenverfütterung bei Hautkrankheiten. (Thyroid feeding in skin diseases.)** *British Med. Journal. 25. Nov. 1893.*

Ein kurzer Bericht über mehrere mit Schilddrüsen behandelte Fälle. Zehn Fälle von Psoriasis und ein Fall von Eczem wurden nicht gebessert; der einzige Fall, in dem sich ein Nutzen von der Behandlung zeigte, war ein Fall von Xeroderma.

MACKENZIE JOHNSTON.

131) **Talfourd Jones** (Eastbourne). **Die Behandlung der Psoriasis mittelst Schilddrüsenextract. (The treatment of psoriasis by thyroid extract.)** *Brit. Med. Journal. 30. December 1893.*

Verf. versuchte die Schilddrüsentherapie, um seine Erfahrung zu erweitern, auch bei einem ungünstigen und sehr chronischen Falle. Die Hauterkrankung erfuhr eine erhebliche Weiterverbreitung und der Pat. nahm ab unter Herzstörungen und Pyrexie.

MACKENZIE-JOHNSTON.

132) **Vermehren. Metabolische Veränderungen nach Schilddrüsenbehandlung. (Metabolic changes following thyroid therapy.)** *Philad. Med. News. 16. Dec. 1893.*

Es fehlt uns bisher noch jede feste Vorstellung von den Vorgängen, die nach der Darreichung von Schilddrüsenpräparaten in der Behandlung des Myxödems sich abspielen. Man hat in diesen Fällen beobachten können, dass ausgesprochene metabolische Veränderungen eintreten, wie Erhöhung der Temperatur, Gewichtsabnahme, Vermehrung der Urinmenge und ihres Stickstoff-, Phosphor- und Chlorgehaltes beweisen. Der Verf. hat selbst einige interessante Beobachtungen angestellt; bei 3 jugendlichen Personen ohne Myxödem sah er einzig eine Steigerung der Diurese im Gefolge der Schilddrüsentherapie; dagegen bei senilen Individuen, die ebenso behandelt wurden, trat eine Steigerung des Stickstoff-Stoffwechsels, Temperaturerhöhung und Beschleunigung des Pulses neben der Zunahme der Diurese ein, kurz ähnliche Symptome, wie sie auch bei Myxödematösen unter der gleichen Behandlung beobachtet wurden. Es liegt nahe, diese Aehnlichkeit der Reaction bei Senilen und Myxödematösen auf die Veränderungen in der Schilddrüse — das eine Mal eine physiologische Altersdegeneration, das andere Mal eine pathologische Atrophie — zurückzuführen.

LEFFERTS.

133) **E. Jeanselme. Infectiöse Schilddrüsenentzündung. (Infectious thyreoiditis)** *N. Y. Med. Journal. 2. December 1893.*

In der 5. Woche eines Typhus traten die Symptome einer acuten infectiösen Thyroiditis ein; es bildete sich ein Abscess; in dem Eiter desselben wurde der Typhusbacillus mikroskopisch nachgewiesen. LEFFERTS.

134) **C. J. Symonds** (London). **Ueber verschiedene Arten von Bronchocele. (On some varieties of bronchocele.)** *Lancet. 4. November 1893.*

Verf. giebt einige klinische Bemerkungen über 10 Fälle, welche verschiedene Varietäten des Kropfes darstellen, und über die operativen Massnahmen, die zu ihrer Behandlung angewandt wurden. Die erste Klasse besteht im bilateralen Kropf, bei dem die gesammte Drüse vergrössert ist; in diesen Fällen wurde ein oder beide Lappen exstirpirt. Die zweite Gruppe umfasst die lokalisirten Anschwellungen der Schilddrüse, theils Cysten, theils Adenome; hierbei wurden die Tumoren enucleirt, von der Drüse selbst aber nichts entfernt.

MACKENZIE-JOHNSTON.

135) **J. S. Pyle. Eine Operation bei einem interessanten Falle von cystischer Degeneration der Schilddrüse. (An operation upon an interesting case of cystic degeneration of the thyroid glands, with a report.)** *N. Y. Med. Record. 4. November 1893.*

Dass die Geschwulst der Schilddrüse angehörte, liess sich leicht bestimmen; ihre eigentliche Natur aber war vor der Operation gar nicht festzustellen. Erst im Beginne des Eingriffs erkannte man den cystischen Charakter der Geschwulst; der degenerative Process hatte offenbar im Isthmus begonnen und sich auf beide Drüsenlappen ausgedehnt. Von der Drüsensubstanz war, soweit sich ermitteln liess, nichts übrig geblieben. Eine feste Kapsel umgab die Geschwulst; diese wurde eröffnet und die Cyste dann als Ganzes ausgeschält. LEFFERTS.

136) **Herbert Lund** (Salford). **Drei Fälle von Cysten und Adenomen der Schilddrüse mit Enucleation derselben. (Three cases of thyroid cyst and adenomata treated by enucleation.)** *Lancet. 2. December 1893.*

L. giebt die Krankengeschichten der 3 Fälle als Ergänzung zu der kürzlich publicirten Arbeit von Symonds. Die Operation war bei allen dreien die gleiche, die Tumoren wurden ausgeschält. Die Hauptschwierigkeit war, die Kapsel genau zu umgrenzen, so dass der Tumor als Ganzes fortgenommen werden konnte. Die Blutung war unerheblich. MACKENZIE-JOHNSTON.

137) **W. S. Greenfield** (Edinburgh). **Einige Krankheiten der Schilddrüse. (Some diseases of the thyroid gland.)** *Lancet. 16. u. 23. December 1893. British Med. Journal. 9. December 1893.*

Die Arbeit giebt die Bradshaw lecture wieder, die G. im Royal College of Physicians gehalten hat. Sie enthält einen interessanten Ueberblick über die Pathologie der Schilddrüse. Auch den Morbus Gravesii s. Basedowii versucht Redner als eine primäre Erkrankung der Schilddrüse einzuordnen. Er stützt sich dabei auf: 1. die Veränderungen der Schilddrüse bei der Basedow'schen Krankheit,

2. die Besserung, die man durch eine partielle oder totale Exstirpation dieser Drüse erzielt, 3. die Veränderungen im Nervensystem, die denen bei gewissen toxischen Erkrankungen ähnlich sind, 4. den Gegensatz zwischen gewissen Hauptsymptomen des Myxödems und der Basedow'schen Krankheit, 5. die Aehnlichkeit in manchen Erscheinungen dieser Krankheit und des durch Einführung von Schilddrüsensekret künstlich erzeugten Symptomenbildes. MACKENZIE-JOHNSTON.

138) **George J. Johnston** (London). **Klinische Bemerkungen über die Basedow'sche Krankheit, mit specieller Bezugnahme auf ihre mögliche Aetiologie. (Clinical remarks on exophthalmic goitre with special reference to its possible etiology.)** *Lancet. 4. November 1893.*

Verf. weist auf den vollkommenen Gegensatz zwischen manchen Symptomen der Basedow'schen Krankheit und des Myxödems hin und macht diesen Contrast durch eine tabellarische Gegenüberstellung anschaulich. Es führt dies zu der Annahme, dass der Morbus Basedowii einem Excess der Schilddrüsen-Secretion seinen Ursprung dankt, gerade wie das Myxödem dem Fehlen derselben. Die Arzneimittel, die bei Basedow'scher Krankheit am ehesten wirksam sind, Belladonna, Digitalis und Ergotin, verursachen alle eine Contraction der kleinen peripheren Arterien und erhöhen auf diese Weise vielleicht die Blutströmung durch die Drüse. Der Verf. betont aber, dass die Ueberthätigkeit der Schilddrüse nur eine Hypothese ist und dass das neurotische Temperament des Kranken als prädisponirendes Moment doch in Rechnung gezogen werden muss. MACKENZIE-JOHNSTON.

139) **G. R. Murray** (Newcastle). **Die Secretion der Schilddrüse als ätiologischer Factor bei der Basedow'schen Krankheit. (Thyroid secretion as a factor in exophthalmic goitre.)** *Lancet. 11. November 1893.*

140) **C. S. Jeaffreson** (Newcastle). **Dasselbe.** *Lancet. 18. November 1893.*

M. stellt einige hervorragende Symptome des Myxödems denen der Basedow'schen Krankheit gegenüber und spricht die Vermuthung aus, dass manche Symptome des Morb. Basedowii auf die Resorption des in excessivem Maasse producirten oder vielleicht des krankhaft veränderten Schilddrüsensekrets zurückzuführen seien. Verf. weist darauf hin, dass einmal die Symptome der Krankheit dem Bilde ähneln, das man durch eine übermässige Dosis von Schilddrüsenextract erzielt, und dann, dass alles, was die Drüse beseitigt oder reducirt, die Krankheitssymptome bessert. Dabei ist aber M. keineswegs der Ansicht, dass das primäre Moment für die Entstehung der Krankheit in der Schilddrüse liegt; nur einige Symptome finden in dem abnormen Zustand der Drüse ihre Erklärung.

In einem Briefe an den Herausgeber widerspricht Jeaffreson den Anschauungen Murray's; er selbst hat Fälle von Basedow'scher Krankheit behandelt, in denen nicht nur keine Vergrösserung der Schilddrüse, sondern sogar eine entschiedene Neigung zur Atrophie vorlag. Er kann daher nicht an eine gesteigerte Thätigkeit der Drüse glauben und er hat einen Fall sogar mit Darreichung von Schilddrüsenextract behandelt, ohne eine Verschlimmerung zu sehen, die nach M.'s Theorie wohl zu erwarten gewesen wäre. MACKENZIE-JOHNSTON.

141) **Hezel** (Leipzig). **Ein Beitrag zur pathologischen Anatomie des Morbus Basedowii.** *Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk. IV. 3. 4. 1893.*

Eine 45jährige Frau zeigte die Symptome des M. Basedowii und starb an Herzlähmung. Die mikroskopische Untersuchung des Rückenmarks ergab keinerlei Veränderung, die Sympathici waren im Ganzen normal, nur in den 3 Halsanschwellungen konnten verschiedenartige pathologische Veränderungen nachgewiesen werden. Die Veränderungen in der vergrösserten Schilddrüse bezeichnet H. als adenomatöse Entartung mit interstitieller Entzündung. SEIFERT.

142) **Broomall. Letal endigende Basedow'sche Krankheit nach Exstirpation des Uterus während der Schwangerschaft wegen Fibrom. (Exophthalmic goitre fatal after extirpation of the uterus during pregnancy for fibromata.)** *Phil. Med. News. 9. December 1893.*

Die Pat. war 30 Jahre alt, zum zweiten Male schwanger; sie hatte Exophthalmus, Tachycardie und einen Kropf und litt dabei an Schlaflosigkeit, Kopfschmerz und Dyspnoe. Ihr Skelett trug manche Spuren von Rachitis, das Becken jedoch war frei davon. Bei der gynäkologischen Untersuchung fanden sich in der Uteruswand eine Reihe kleiner Knoten, ferner ein grosses Fibrom nahe dem Fundus; ausserdem war das kleine Becken von einem festen runden Körper ausgefüllt, der an dem Cervix befestigt war und der eine Abtastung des Fötus per vaginam unmöglich machte. Die Schwangerschaft war bis zum 7. Monat vorgeschritten. Die Pat. litt an Erbrechen, Dyspnoe und an Unregelmässigkeit und Beschleunigung der Herzaktion. Nach etwa 1 Monat wurde ihr Zustand beunruhigend; alle Symptome nahmen zu und dazu litt sie an schmerzhaften Contractionen des Uterus. Der Tumor, der am Cervix sass, drängte sich beim Vorschreiten der Wehen immer fester in das kleine Becken und verschloss dasselbe vollständig. Da sofortige Hilfe geboten war, eine Entwicklung des Kindes auf natürlichem Wege aber ausgeschlossen erschien, entschloss man sich zur Exstirpation des Uterus. Dieselbe wurde auch ausgeführt; das Kind war asphyctisch und starb nach einer halben Stunde. Während der Extraction des Fötus wurde die uterine Blutung verhütet durch manuelle Compression des Cervix; nach der Entwickelung des Kindes wurde dieselbe durch eine elastische Ligatur ersetzt. Dann wurde das Cervicalfibrom ohne grosse Schwierigkeit entfernt und der Stumpf, in den das Peritoneum, das dieses Fibrom bedeckt hatte, einbezogen war, in den unteren Wundwinkel der Bauchhaut eingenäht. Der Blutverlust war keineswegs excessiv gewesen, auch der Shok nicht grösser, als sonst bei ähnlichen Operationen; trotzdem war die Herzaktion sehr schwach und beschleunigt. Neunzehn Tage lang nach der Operation war die Pat. leidlich wohl, dann wurde sie plötzlich unruhig und klagte über heftige Schmerzen im Epigastrium. Der Puls wurde schneller und kleiner und sie starb am Tage nachher. Bei der Section fand sich die Bauchwunde fest verschlossen, um den Stumpf bestand eine ganz geringfügige Eiterung; dabei keine Peritonitis, zwischen Netz und Stumpf wenig Adhäsionen. Nieren und Leber waren normal. Das Herz gross, seine Wandungen dünn; das Endocard injicirt; an den Klappen kein Defect. Der Tod musste auf die primäre Erkrankung, den Morbus Basedowii, zurückgeführt werden. LEFFERTS.

143) **J. Maclison Taylor. Die Behandlung der Basedow'schen Krankheit. (The treatment of exophthalmic goitre.)** *Philad. Medical News. 16. und 23. December 1893.*

Der Verf. sagt: „Von allerhöchstem Werth ist die frühe Erkennung der Symptome, deren Gesammtheit die Basedow'sche Krankheit darstellt. Ich hege jetzt mehr wie jemals Zweifel daran, dass diese Krankheit, wenn man sie früh erkennt und richtig behandelt, zu so schweren Folgen führen muss, als man bisher wohl angenommen hat.

Ich kann hier die Gründe, auf die ich mich stütze, nicht ausführlich darlegen, sondern nur meiner Ueberzeugung Ausdruck geben, dass die Basedow'sche Krankheit eine vasomotorische Störung ist, die nichts mit einer specifischen Störung der Schilddrüse zu thun hat.

Die Behandlung des Morb. Basedowii hat in der Hand der verschiedenen Aerzte verschiedene Wandlungen erfahren, je nachdem dieselben die Krankheit als eine Blut-, Herz-, Nerven- oder Schilddrüsenaffection ansehen. Sicher ist, dass der allgemeine Gesundheitszustand bei dieser Krankheit darniederliegt und zwar bisweilen in viel höherem Grade, als es äusserlich den Anschein hat; deshalb muss die gewöhnliche Thätigkeit des Pat. auf alle Fälle eingeschränkt werden; man darf ihm nur sehr wenig Arbeit gestatten; wenn möglich, soll man für eine gewisse Zeit absolute Ruhe verordnen.

Sorgfältige Beachtung muss dem Mitspielen eines diathetischen Elementes gewidmet werden; in ein paar von meinen Fällen fand sich Lithaemie. Neben der Diät hat auch die Behandlung der Haut grosse Bedeutung.

Was die Hyperaction des Herzens anlangt, so setzt kein Mittel den Puls so zuverlässig herab und wirkt zugleich so beruhigend auf den ganzen Circulationsapparat, als die Application von Eis auf die Herzgegend. Das kohlensaure Ammonium, das Hammond und Boaz empfehlen, habe ich in 3 Fällen versucht; ein Erfolg war nicht merkbar, dagegen ist das Mittel nicht unbedenklich. Manche Autoren schreiben der Digitalis keine Wirkung auf die Herzaktion beim M. B. zu. Wahrscheinlich wirkt es ganz allein gegeben nicht, doch habe ich sehr gute Wirkungen nach Digitalis gesehen. Strophantus scheint noch besser zu wirken, obgleich dies physiologisch kaum zu erwarten stand. Auch Sparteinum sulfuricum kann von gutem Nutzen sein. Gefässtonica verschiedenster Art sind indicirt; welches im Einzelfalle am besten wirken wird, ist nicht immer vorauszusagen. Dasjenige Mittel, das mir am besten diente und dem ich grosses Vertrauen schenke, ist das Hyoscinum hydrobromicum.

Manche Autoren, z. B. Kümmell, haben die Schilddrüse in Fällen von M. B. exstirpirt und nur einen Theil des linken Lappens zurückgelassen. Der Erfolg war ein guter. Ich möchte denselben aber nicht ganz auf die Entfernung der Schilddrüse zurückführen; ein guter Theil desselben dürfte wohl auf die erzwungene Ruhe und die ganze Regulirung des Lebens, die die Operation mit sich brachte, zu setzen sein. Trotzdem wäre ein specifisches Agens, wie die Entfernung eines störenden Organs oder der Gebrauch von Schilddrüsensaft, mit Dank zu begrüssen, wenn es dadurch gelänge, die gesammten Störungen radical zu beseitigen."

LEFFERTS.

144) **Owen. Schilddrüsenverfütterung bei der Basedow'schen Krankheit. (Thyroid feeding in exophthalmic goitre.)** *Philad. Medical News. 30. December 1893.*

Der Inhalt ist mit der von uns bereits referirten Arbeit O.'s im British Med. Journal No. 1718, p. 1211, identisch. LEFFERTS.

145) **W. W. Ord** (London). **Ein paar Fälle von sporadischem Cretinismus mit Schilddrüsen-Extract behandelt. (Some cases of sporadic cretinism treated by the administration of thyroid extract.)**

146) **A. Gordon Paterson** (Ascot). **Ein Fall von sporadischem Cretinismus bei einem Kinde: mit Schilddrüsen-Extract behandelt. (A case of sporadic cretinism in an infant: treated by thyroid extract.)**

147) **John B. Hellier** (Leeds). **Ein Fall von sporadischem Cretinismus durch Ernährung mit Schilddrüsen-Extract behandelt. (A case of sporadic cretinism treated by feeding with thyroid extract.)** *Lancet. 4. November 1893.*

In den 3 Arbeiten sind eine ganze Anzahl von Fällen mitgetheilt, die den ausserordentlichen Nutzen sowohl in körperlicher wie in geistiger Hinsicht illustriren, den diese Behandlungsweise gewährleistet. In allen diesen Fällen war das Krankheitsbild des sporadischen Cretinismus ein deutlich ausgesprochenes und in allen war der Erfolg der Ernährung mit Schilddrüsensubstanz ein augenscheinlicher. Ord betont noch, dass er nie im Laufe der Behandlung Störungen gesehen hat, wie sie manchmal bei Myxödem beobachtet sind, obgleich er Dosen gab von einer Grösse, wie sie sonst nur Erwachsenen gegeben wurden. Die Besserung war sehr bedeutend, trat indess langsamer in Erscheinung als beim Myxödem. In drei Fällen nahm das Gewicht merkbar ab, um indessen später dauernd anzusteigen.

MACKENZIE-JOHNSTON.

148) **C. T. Martin** u. **G. E. Rennie** (Sydney). **Ein Fall von sporadischem Cretinismus behandelt durch Implantation von Schilddrüse. (Case of sporadic cretinism treated by thyroid grafting.)** *Austr. Med. Gazette. 15. December 1893.*

Der 6jährige Patient machte erhebliche Fortschritte seit der Operation; er ist jetzt ganz intelligent; von einem Recidiv hat sich bisher nichts gezeigt.

A. T BRADY.

149) **R. B. Kimball. Ein Fall von Myxoedem mit ungewöhnlichen Zügen und sehr schneller Heilung. (A case of myxoedema with unusual features and rapid recovery.)** *N. Y. Med. Record. 23. December 1893.*

Ungewöhnlich an K.'s Falle war:

1. Das Dazwischentreten einer acuten und sehr ausgebreiteten Hauterkrankung, augenscheinlich einer vasomotorischen Neurose, die plötzlich erschien, etwa 4 Wochen anhielt und in wenigen Stunden nach dem Beginn der Schilddrüsenbehandlung verschwand.

2. Die ausserordentliche Raschheit, mit der die myxoedomatösen Symptome unter der Thyroidtherapie verschwanden und die dem Anschein nach vollständige Heilung. LEFFERTS.

150) **Geo W. Crary. Myxoedem, erworben und angeboren, und der Gebrauch von Schilddrüsen-Extracten. (Myxoedema, acquired and congenital, and the use of thyroid extracts.)** *N. Y. Med. Record. 2. December 1893.*

Unter den 4 Fällen, die Verf. nach der neuen Methode behandelt hat, ist der frappanteste der eines Kindes, das an congenitalem Myxödem litt und bereits im 1. Lebensjahr das ausgesprochene Bild dieser Krankheit gezeigt hatte. Verf. sah das Kind, als es 5 Jahre alt war; sein Entwickelungszustand war der eines Säuglings. Von geistigem Leben war nur sehr wenig zu erkennen; bei der Bemühung sich im Bett aufzurichten, wurde das Kind alsbald müde und fiel zurück; der ganze Körper war deutlich ödematös, das Gesicht geschwollen, die Lippen verdickt, die Augen geschlossen, die Nase abgeflacht, die Zunge vorgestreckt, die Haut trocken etc. Bereits wenige Wochen nach Beginn der Behandlung mit Schilddrüsenextract zeigte sich eine ausgesprochene Besserung und ein paar Monate später war das Kind in geistiger wie in körperlicher Hinsicht geradezu ein anderes geworden. Der Umfang der Beine etc. nahm rapide ab in Folge des Schwindens der Oedeme, während das physiologische Längenwachsthum eben so schnell vor sich ging. Verf. hält es nicht für unwahrscheinlich, dass manche Fälle von Zurückgebliebensein und Idiotie der Kinder eine Folge von Myxödem sind und durch die Schilddrüsenextract-Behandlung gebessert oder geheilt werden können.

LEFFERTS.

g. Oesophagus.

151) **W. M. Cowgill. Fremdkörper im Oesophagus. (Foreign bodies in the oesophagus.)** *Amer. Practitioner. 10. Februar 1894.*

3 Krankengeschichten. Nichts Bemerkenswerthes.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

152) **Wm. D. Hamilton. Oesophagotomie zur Entfernung einer Kastanie aus der Speiseröhre. (Esophagotomy for the removal of a buckeye-nut.)** *Philad. Med. News. 27. Januar 1894.*

Die wiederholt eingeführte Sonde stiess $7^1/_2$ Zoll hinter den Speicheldrüsen auf einen festen Gegenstand. Der Hals des Patienten war kurz und muskulös, die Schilddrüse breit. Beim tiefen Palpiren mit den Fingern durch die Halsgewebe nach der Wirbelsäule zu konnte man nichts Sicheres fühlen; an einem mageren Individuum hätte man wahrscheinlich den Fremdkörper abgrenzen können. Mit der Sonde liess sich feststellen, dass die fremde Masse glatt war und sehr fest steckte. Die Anwendung der Oesophagealzange vom Munde aus bot keine Aussicht auf Erfolg; das gewaltsame Vorstossen des Fremdkörpers erschien unausführbar und gefährlich. Man entschied sich für eine exploratorische Oesophagotomie; der Fremdkörper, dessen grösster Durchmesser etwa 1 Zoll war, wurde dabei leicht gefasst und extrahirt.

LEFFERTS.

153) **Bayer** (Prag). **Ein Beitrag zur Oesophagus-Chirurgie.** *Prager medicin. Wochenschr. 1894. No. 4 und 5.*

I. Impermeable Narbenstrictur des Oesophagus im Brusttheile. Heilung durch combinirte Oesophagotomie nach Gussenbauer. Es wurde nach Oesophagotomie die tiefliegende Strictur mit einem schmalen Herniotom vorsichtig eingeschnitten und dann von oben bougirt. Heilung.

II. Ein Fall von Oesophagusdivertikel geheilt durch Exstirpation des ganzen Sackes. Beigegeben sind Literaturangaben. CHIARI.

154) **J. Caird** (Edinburgh). **Gastrotomie nach Witzel's Methode. (Gastrotomy by the method of Witzel.)** *Edinburgh Med. Journal. Januar 1894.*

Krankenvorstellung. P. MC BRIDE.

155) **v. Hacker** (Wien). **Ueber Gastrotomie mit Sphincterbildung aus dem linken Rectus abdominis.** Vortrag mit Demonstration, geh. in der Gesellschaft der Aerzte in Wien am 22. December 1893. — *Wiener klin. Wochenschrift. 1894. No. 1.*

Anschliessend an die Demonstration eines derart operirten Patienten, bemerkt v. H., dass er dieselbe Operation schon circa 25 mal ausführte und zwar immer mit günstigem Erfolge. Meist genügt ein einfaches Drainrohr zum Verschluss der Fistel. Besonders eignet sich diese Methode bei impermeablen Speiseröhrenstenosen durch Narben, weil man leicht die Sondirung ohne Ende durchführen und so die Strictur sicher und gefahrlos dilatiren kann. Schliesslich heilt dann die Magenfistel oft von selbst. CHIARI.

156) **Willy Meyer. Die neusten Methoden zur Gastrotomie wegen Oesophagusstrictur. (Recent methods of gastrotomy for stricture of the oesophagus.)**

Unter den Methoden, die Verf. beschreibt, finden sich auch die Operationen, die von Witzel, Sabanejew-Frank, Fenger, Hahn und von Hacker angegeben sind. Verf. zieht die Witzel'sche Methode allen anderen vor; er hält sie für vortrefflich und überhaupt für die beste. Sie verhütet zuverlässig eine Regurgitation der Speisen durch die Magenfistel. Früher war es unmöglich, die Wunde eng um das Magenrohr geschlossen zu halten. Da sickerte immer flüssiger Mageninhalt durch die Sonde oder neben ihr aus und es entstanden schmerzhafte Eczeme, allmähliche Entkräftung u. s. w. Jetzt ist dies nicht mehr der Fall. Eine Reihe der obigen Methoden, vor allem die Witzel'sche, geben gute Erfolge.

LEFFERTS.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) The American Laryngological Association.

15. Jahresversammlung, abgehalten in New York City am 22.—24. Mai 1893.

Erster Tag. — 22. Mai.

Dr. Morris J. Asch eröffnete als Vorsitzender die Versammlung mit einer Ansprache, die einen Rückblick auf die Leistungen der Gesellschaft seit ihrer Gründung im Jahre 1879 gab und die grossen Fortschritte betonte, welche die Laryngologie besonders in den letztvergangenen Jahren gemacht hat.

W. Peyre Porcher (Charleston) sprach darauf über: „Einen Fall von completem Glottiskrampf beim Erwachsenen mit Bewusstlosigkeit und nachfolgender längerer Schwäche."

Die Patientin, eine Frau von 52 Jahren, unverheirathet, in der Menopause stehend, klagte über Athembeschwerden in der Nacht und über häufiges quälendes Alpdrücken, was sie selbst auf einen mehrere Monate vorher überstandenen Influenzaanfall zurückführen wollte. Sie gab auch an, dass ein Husten, der mit einem Gefühl der Erstickung verbunden sei, als ob sie einen Knebel im Halse stecken habe, sie ausserordentlich schwäche. Die Mandeln, die klein waren, wurden an verschiedenen Stellen mit dem Galvanokauter geätzt. Am nächsten Morgen, als die Patientin etwas Kaffee, der übrigens nicht sehr heiss war, zu sich nehmen wollte, wurde ihr plötzlich schwindlig und sie verlor das Bewusstsein. Der Anfall dauerte nur kurze Zeit. Mehrere Wochen aber noch nach demselben litt die Pat. unter einer Schwäche, die deutlich auf eine Betheiligung cerebraler Centra hinwies. Dann erst erholte sich die Pat.; der Anfall kehrte nicht wieder. Bei der bekannten Neigung gerade des heissen Kaffees, in den Kehlkopf zu gelangen und bei dem Fehlen jeder anderen Ursache, betrachtete Redn. den Fall als einen Anfall von Kehlkopfschwindel oder completem Glottisspasmus.

Jonathan Wright (Brooklyn) erwähnt einen Fall von Glottisspasmus, in dem der Patient bewusstlos ins Spital gebracht wurde und wegen der bestehenden Lebensgefahr tracheotomirt werden musste.

J. W. Gleitsmann (New York) kennt einen Fall von Kehlkopfschwindel, in dem Hustenanfälle infolge von Vergrösserung der Zungentonsille die Anfälle auslösten.

W. E. Casselberry (Chicago) erinnert an die nicht seltenen Fälle von reflectorischem Glottisspasmus bei Kindern, die durch Reizung an den Gaumentonsillen, an der Nasenrachenraum- oder Nasenschleimhaut verursacht und von acuter Laryngitis begleitet sind. Bei einer anderen Reihe von Fällen ist der Glottiskrampf mit Epilepsie oder petit mal verbunden und eine dritte Gruppe bilden schliesslich die Fälle von ächtem Kehlkopfschwindel. Für die Behandlung aller

dieser Falle kommt es in erster Linie darauf an, dass die Schleimhaut der oberen Luftwege in einen vollständig gesunden Zustand gebracht wird.

S. W. Langmaid (Boston) hält dafür, dass der Kehlkopfschwindel oft in Zusammenhang steht mit Digestionsstörungen. Gichtische Individuen leiden besonders oft an demselben; man soll darum stets auf das Bestehen einer derartigen Diathese achten.

J. O. Roe (Rochester) ist der Ansicht, dass manche Fälle von Kehlkopfschwindel direct auf eine Reizung des Kehlkopfs zurückgeführt werden müssen. In einem der publicirten Fälle bestand eine übermässige Empfindlichkeit der Aryknorpel.

D. Bryson Delavan (New York) spricht über: „Das Fehlen von Statistiken über Operationen wegen Krebs des Halses."

Der Redner verlangt, dass man unverdrossen und möglichst genau die Geschichte jedes einzelnen Falles von Entfernung einer malignen Geschwulst aus den oberen Luftwegen publiciren solle, gleichviel, ob die Operation Erfolg gehabt habe oder nicht; nur auf diese Weise könne man zuverlässige statistische Daten gewinnen.

J. Solis-Cohen (Philadelphia) weist auf die mancherlei Gründe hin, die eine Publication zuverlässiger Statistiken über diese Operationen verhindern. Für manche der im Spital ausgeführten Operationen fehlt dem Chirurgen überhaupt die Zeit, sie zu veröffentlichen. Und dann giebt es nicht so wenige Fälle, bei denen eine Vernachlässigung in der Nachbehandlung den letalen Ausgang verschuldet; solche Fälle würden die Statistik natürlich nur schädigen. „Je älter einer wird", sagt S., „um so mehr verliert er das Vertrauen zur Statistik und um so mehr wird er von seiner eigenen Erfahrung und seinen eigenen Erfolgen abhängig. Er wird aber auch sorgfältiger in der Auswahl seiner Fälle und er fühlt gewissermassen heraus, in welchen Fällen er Erfolg haben wird und in welchen nicht."

W. E. Casselberry (Chicago): „Arthritis deformans des Kehlkopfes."

Redner giebt die ausführliche Krankengeschichte einer 58jährigen Frau, die an laryngealer Dyspnoe, ausgesprochenem inspiratorischen Stridor und geringgradiger Laryngitis litt. Die Stimmbänder konnten nicht abducirt werden wegen einer Ankylose der Arytaenoidgelenke: die Pat. litt an allgemeiner Arthritis deformans, von der die Hand- und Fussgelenke ebenso wie die grösseren Gelenke des ganzen Körpers afficirt waren. Die Anfälle von laryngealer Dyspnoe endigten jedesmal von selbst und sie entsprachen zeitlich den Exacerbationen der constitutionellen Erkrankung. Während des Anfalls selbst war eine lokale Behandlung nöthig, um den Kehlkopf frei von den Secreten zu halten; ohne diese hätte man die Tracheotomie wohl kaum vermeiden können. Redn. schliesst sich der Ansicht derer an, die in der Arthritis deformans eine vom Rheumatismus einerseits und andererseits auch von der Gicht verschiedene Krankheit sehen, deren laryngeale

Complicationen für sich betrachtet werden müssen. In C.'s Falle wurde die Behandlung eine Zeit lang gegen Rheumatismus und gegen Gicht gerichtet, beides jedoch ohne Erfolg.

R. P. Lincoln (New York): „Recidiv einer Kehlkopfgeschwulst an einer neuen Stelle in einem Falle, der bereits publicirt ist unter dem Titel: Ausreissung eines Kehlkopftumors, der 22 Jahre nach seiner Entfernung durch die Laryngotomie recidivirt ist."

Der Pat. hatte 1862 ein Papillom, das damals mit der Zange entfernt wurde. 1867 lag ein Recidiv vor, das gründlich, diesmal mittelst Laryngotomie, beseitigt wurde. 22 Jahre lang blieb nun der Kehlkopf frei. 1889 constatirte man wieder einen Tumor, der vom hinteren Drittel des rechten Stimmbandes entsprang. Auch dieser wurde abgetragen und seine Ursprungsstelle energisch mit dem Galvanokauter geätzt. Die Geschwulst war nach der mikroskopischen Untersuchung ein gewöhnliches Papillom. Der Pat. blieb jetzt 6 Monate frei von Heiserkeit; dann fand man einen neuen Tumor, der am vorderen Theile des linken Stimmbandes sass. Auch dieser wurde exstirpirt und mikroskopisch als einfaches Papillom erkannt.

J. Solis-Cohen giebt zwar zu, dass das Recidiviren papillomatöser Geschwülste im Allgemeinen selten ist, hat aber ein paar bemerkenswerthe Fälle dieser Art selbst beobachtet. So sah er bei einem Schullehrer, der eine Anzahl kleiner ungestielter Papillome hatte, eine neue Geschwulst vom linken Stimmband gerade zu der Zeit sich entwickeln, als er ihm die älteren entfernte. In der Mehrzahl der Fälle, in denen es zum Recidiv kommt, ist wahrscheinlich eine unvollständige Entfernung des ursprünglichen Tumors daran schuld. Man übersieht leicht eine kleine Partie der Geschwulst. Was die Methode der Operation anbelangt, so kann ein geschickter Laryngologe die Neubildung auf intralaryngealem Wege mit derselben Sicherheit in ihrem ganzen Umfange entfernen, wie der Chirurg von aussen her.

F. J. Knight ist der Ansicht, dass bei der Entfernung der Neubildung mittelst Zange oder Schlinge stets mehr oder weniger von ihr mit Nothwendigkeit zurückbleiben muss und dass es sogar auffällig erscheint, dass Recidive nicht viel häufiger vorkommen. Namentlich bei Multiplicität der Tumoren müsse man ein Recidiviren erwarten.

Delavan spricht von der diagnostischen Schwierigkeit mancher Fälle von anscheinendem Papillom; das äussere Aussehen der Geschwulst kann täuschen. Die Tendenz zum häufigen Recidiviren soll immer den Verdacht erwecken, dass es sich vielleicht doch um ein ernsteres Leiden handelt, als ein einfaches Papillom.

George M. Lefferts: „Intubation beim Erwachsenen."

In den letzten Jahren ist die Intubation häufig bei Erwachsenen vorgenommen worden wegen intralaryngealer Zustände, bei denen früher von dieser Operation gar keine Rede war und die Zahl dieser Fälle ist in schnellem Wachsen. Die ganze Operation steckt noch in den Kinderschuhen und es fehlen noch um-

fassendere und zuverlässige Statistiken, auf die sich strenge Formeln für ihre Indication basiren liessen. Die Intubation wurde bisher geübt: 1. um die drängendsten acuten Symptome laryngealer Athembehinderung zu beseitigen; 2. um dem stenosirten Kehlkopfinnern soweit als möglich sein normales Caliber wiederzugeben; 3. um die Laryngotomie oder Tracheotomie zu vermeiden; und schliesslich 4. um die Herausnahme der Trachealcanüle in gewissen Fällen, in denen dieselbe mit Schwierigkeiten verbunden ist, zu erleichtern. Zu den geeigneten oder doch wahrscheinlich geeigneten Zuständen des erwachsenen Kehlkopfs, die eine Intubation erfordern können, gehören folgende: Acute oder chronische syphilitische Affectionen des Larynx; Dyspnoe infolge von acuter bilateraler Abductorenlähmung constitutionellen Ursprungs; Dyspnoe aus Abductionsunfähigkeit der Stimmbänder infolge von Ankylose der Arytaenoidgelenke; Fractur und Verlagerung der Kehlkopfknorpel bei directer Verletzung; acute Dyspnoe infolge von ödematöser Infiltration, oder bei Entwicklung von Hämatomen, gewöhnlich der Plicae ary-epiglotticae; chronische Stenose; Compression des Larynx oder des oberen Theiles der Trachea durch äussere Ursachen. Zur Beseitigung der Dyspnoe beim chronischen Oedem der Kehlkopftuberculose ist die Intubation bereits mit Erfolg angewandt worden; ebenso bei acut entzündlichen Zuständen und ihren Folgezuständen; bei acuter Perichondritis, besonders des Ringknorpels; bei Spasmus glottidis; bei chronischer Laryngitis mit hypertrophischen Veränderungen; bei Atresia laryngis; zur Hilfe bei Entfernung von Fremdkörpern oder laryngealen Neubildungen; bei Narbenzuständen etc.

Dr. Simpson hält dafür, dass man beim Erwachsenen die Tube am besten unter Leitung des Spiegels einführe; vorher könne man die Theile mit dem Cocainspray anästhesiren.

Zweiter Tag. — 23. Mai.

J. C. Mulhall (St. Louis) sprach über: „Rhinitis oedematosa, Laryngitis hiemalis.

Es handelt sich bei der erstgenannten Affection um eine seröse Infiltration des auf der unteren und mittleren Nasenmuschel liegenden Bindegewebes. Dieselbe ist intermittirenden Charakters und kann allgemein oder lokalisirt sein. In einem Falle sah die Affection einer Cyste ähnlich, es bestand dabei intensiver Schmerz, Thränen und ein Ausfluss von dünnem Serum. Die Schwellung behindert die Nasenathmung, sie kann wandernden Charakters sein. Das Leiden kommt acut und chronisch vor. Stichelt man die Geschwulst mit dem Messer, so fliesst das Serum langsam aus. Cocain hat wenig oder gar keinen Effect auf das Schrumpfen der Geschwulst. Die Affection kann mit Bronchialasthma zurammen vorkommen, in der Mehrzahl der Fälle aber fehlt das Asthma. Das Leiden ist sicher eine Neurose, steht aber doch den anderen Erkrankungszuständen, die man durch äussere Reize, wie Kälte u. a. erzeugen kann, fern. In den meisten Fällen zeigt sich anamnestisch eine Störung seitens der Leber und ein biliärer Ursprung der Erkrankung ist nicht unwahrscheinlich. Was die Behandlung anlangt, so sind

Sprays etc. contraindicirt. Scarification kann nützlich sein. Bei chronischen Fällen sollen bestehende Deformitäten der Nase beseitigt werden. Die Hauptsorge aber muss der Besserung des Zustandes des Ernährungstractus zugewendet werden. —

Laryngitis hiemalis — Winter-Laryngitis — ist eine Abart der subacuten Laryngitis, bei der die Secrete sich sehr schnell in festsitzende Krusten umwandeln. Kaltes Wetter ist der wichtigste Factor bei der Aetiologie dieser Affection. Es besteht dabei complete Aphonie. Die Krusten haften oft der Oberfläche der Stimmbänder und der Aryknorpel an. Die entzündlichen Erscheinungen im Kehlkopf sind leicht. Die Affection unterscheidet sich von der Laryngitis sicca. Entfernung der Krusten und der Gebrauch eines Sprays von Vaselin und Eucalyptol bringt bald Besserung.

Samuel Johnston (Baltimore): „Ein Fall von Nasenpolyp mit Hineinragen in den Nasopharynx. Demonstration der Präparate."

Pat., ein 60jähriger Mann, klagte über Nasenverstopfung, Schwierigkeit beim Schlucken und Abnehmen seiner Stimme. Es wurde bei der Untersuchung constatirt, dass ein Tumor, der nicht vasculärer Natur war, sich zwischen dem weichen Gaumen und der hinteren Rachenwand vorwölbte. Derselbe wurde mit der Schlinge entfernt; er war fast hühnereigross, daran sass noch ein kleinerer Tumor; mit einem schmalen Stiel war der grössere an der unteren Nasenmuschel befestigt. Ein Jahr später traten die Symptome von neuem auf und es fand sich ein Schleimpolyp, der frei über das Velum hing und beinahe die Zungenbasis berührte. Dieser Tumor mass 2 Zoll in der Länge und war an seiner dicksten Stelle fast $^3/_4$ Zoll breit.

J. Solis-Cohen (Philadelphia) sprach über: „Die Buccal-Stimme,"

Redner stellte einen Patienten vor, der ohne Larynx und ohne Mitwirkung der Lungen sprach. Der Kehlkopf war dem Manne 14 Monate vorher wegen eines Epithelioms exstirpirt worden. Um einer septischen Pneumonie vorzubeugen, war die Trachea damals mit mehreren Seidennähten in die Haut eingenäht worden. Seitdem bestand keine Communication mehr zwischen Mund und Trachea. Einige Monate darauf konnte der Patient einen glucksenden Ton hervorbringen; er wurde in seinen Bemühungen ermuthigt und der Erfolg war ein wunderbarer. Jetzt vermag der Mann zu sprechen; seine Stimme ist guter Modulation fähig und ziemlich weit hin hörbar. Nach der Operation war eine kleine Fistel in der Wunde offen geblieben; um diese zu schliessen, war ein Stückchen Haut verkehrt und darüber genäht worden; von diesem aus waren Granulationen gewuchert und die innere Fläche der Wunde bot jetzt ein sehr eigenartiges Bild. Der Patient trägt eine Tracheotomiecanüle, die er während des Schlafes herausnimmt. Er zieht es vor, sie bei Tage zu behalten, weil sie ihm eine gewisse Stütze gewährt und er mit derselben besser spricht. Ernährt wurde der Patient nach der Operation per rectum. Vor 18 Jahren war ihm ein Papillom aus dem Larynx entfernt worden. Nach Redners Ansicht wird der Mann beim Sprechen durch die Constrictoren des Rachens unterstützt.

John W. Farlow (Boston): „Zwei Fälle von Tuberkulose der Nase."

Der erste Fall betrifft eine Frau von 23 Jahren mit einer tuberkulösen Ulceration vorn unten an der linken Seite der Nasenscheidewand. Die Untersuchung der Brust ergab ein negatives Resultat. In den Krusten aus der Nase waren Tuberkelbacillen nicht nachweisbar. Für Syphilis lag in der Anamnese kein Anhaltspunkt vor. Dabei hatte das Geschwür das typische Aussehen eines tuberkulösen Ulcus und es heilte auch nach gründlicher Curettirung und der Application des Galvanokauters und von Milchsäure. Bei der zweiten Patientin, einer Frau von 71 Jahren, gingen vom vorderen Theil der rechten Seite des Septums tuberkulöse Wucherungen aus. Auch hier fehlten Symptome seitens der Lungen. Die Tumoren wurden aus der Nase exstirpirt und von zuverlässiger pathologischer Seite als zweifellos tuberkulös erkannt.

C. C. Rice (New York): „Die Anwendung von Ozon beim atrophischen Catarrh."

Redner hat in den letzten 2 Monaten mit dem Ozon bei der Behandlung des Catarrhs Resultate erzielt, die so befriedigend sind, dass er sich verpflichtet glaubt, auf die Anwendung dieses Mittels beim atrophischen Catarrh aufmerksam machen zu sollen. Das Gas besitzt stark oxydirende und keimtödtende Eigenschaften. In die Nase gebracht, macht es auf der Schleimhaut leichte Schmerzen, die mehrere Stunden anhalten. Die Schleimsecretion ist merkbar verstärkt. Die leichteren Fälle von atrophischem Catarrh bessern sich sehr rasch unter dieser Behandlung und bleiben mehrere Tage lang gebessert; meist aber tritt dann wieder eine Verschlechterung ein. Bei den schwereren Fällen tritt die Besserung nicht so rasch ein. Ob eine dauernde Durchfeuchtung der Schleimhaut und dabei eine Abnahme der Secretion sich durch den Ozongebrauch wird erzielen lassen, kann erst nach einer längeren Versuchsperiode entschieden werden.

Jonathan Wright (Brooklyn): „Untersuchungen über die Structur oedematöser Nasenpolypen."

W. berichtet über ausgedehnte histologische Untersuchungen; sein Material stammt von etwa 150 Patienten. Von diesen boten nur wenige normale Verhältnisse dar, die meisten litten an verschiedenen pathologischen Zuständen in den oberen Luftwegen.

J. C. Mulhall (St. Louis) kann sich der Ansicht nicht anschliessen, dass die Rhinitis atrophicans gewöhnlich die Folge einer vorhergehenden hypertrophischen Rhinitis ist. Er ist seit langem der Meinung gewesen, dass in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle die atrophische Rhinitis eine Krankheit ist, die in der Kindheit beginnt, oft im Anschluss an einen acut entzündlichen Process.

John O. Roe (Rochester N.-Y.): „Deviationen der Nasenscheidewand und ihre Correction."

Redner betont die ausserordentliche Häufigkeit dieser Form der nasalen Verstopfung; nach Feststellung verschiedener Autoritäten constatirt man sie bei 37 bis 96 pCt. aller Fälle, die überhaupt zur Beobachtung gelangen, und in $^2/_3$ von

diesen ist die Deviation auf das knorpelige und auf den vorderen Theil des knöchernen Septums beschränkt. Derartige Deviationen sind hauptsächlich eine Folge von: 1. traumatischen Einwirkungen und 2. von Entwickelungsstörungen. Die Behandlung kann palliativ oder radical sein. Zur ersteren gehören auch die Maassnahmen, welche das ursächliche Moment beseitigen sollen, also alle Muschelschwellungen, die Geschwülste der Muschelknochen, die adenoiden Tumoren, kurz alles was bei Kindern nasale Verstopfung erzeugt und dadurch die richtige Entwickelung der Nase behindert. Die radicale Therapie lässt sich in die nicht-chirurgische und die chirurgische eintheilen. Die erstere besteht in der Anwendung eines Drucks auf die convexe Seite des verbogenen Septums; die letztere in der Abtragung aller Spinen und Excrescenzen mit dem Messer und darnach der Correction der Deformität und der Zange, ferner in der Anwendung des Galvanokauters, der Chromsäure, der Elektrolyse oder in der Incision. Roe hat selbst eine Reihe von Zangen zur Fracturirung und Geraderichtung der Nasenscheidewand angegeben. Ist dieses geschehen, so erhält man das Septum durch einen zweckmässigen Verband in seiner neuen Lage. Zur Reinigung der Nase dient eine Sublimatlösung 1 : 3000. Der Verband muss streng aseptisch sein, er kann 4 bis 5 Tage unverändert liegen blieben.

T. A. de Blois (Boston): „Die Galvanokaustik bei Abtragung des Zäpfchens."

Redner empfiehlt den Galvanokauter statt des Messers oder der Scheere für Operationen an der Uvula. Die Theile werden erst gründlich mit dem Cocainspray anästhesirt. Die Platinschleife wird dann um die Uvula geführt und von deren hinterer Fläche fest durch die Gaumenmuskeln in etwas schräger Richtung geführt, während eine Zange das Zäpfchen von vorn dagegen drängt. Nach Heilung der Wunde bleibt ein etwas zugespitzter Stumpf zurück. Es fehlt jede Blutung und der Nachschmerz ist geringer, als wenn das Zäpfchen mit Messer oder Scheere scharf abgetragen wird.

Clinton Wagner (New-York): „Ein paar Fälle von Speichelsteinen."

Die Speichelsteine bilden sich durch Ablagerung von Erdsalzen, hauptsächlich Calciumphosphat, aus dem Speichel in den Ausführungsgängen der Speicheldrüsen oder in diesen selbst. Ursache der Ablagerung ist eine Behinderung des Speichelflusses entweder zu dem Ausführungsgang durch denselben. Am häufigsten findet man Steine in der Sublingualdrüse oder dessen Ausführungsgang, dem Ductus Bartholinianus, und gewöhnlich markirt sich der Stein als ein Tumor unter der Zunge auf der einen oder anderen Seite des Frenulum. Diese Tumoren sind auf Druck empfindlich und gelegentlich fluctuirend. Liegt der Fremdkörper im Ductus Whartonianus, so ist eine Anschwellung der Submaxillardrüse neben dem sublingualen Tumor vorhanden. Bisweilen finden sich die Concretionen auch im Ductus Stenonianus, in welchem Falle die Parotis eine Anschwellung zeigt. Die subjectiven Symptome dieses Leidens sind Schmerz und Schwierigkeit beim Kauen und Schlucken, mit mehr oder weniger Behinderung beim Sprechen.

Die Therapie ist eine operative: freie Incision mit dem Messer, Zu diagnostischen Zwecken kann man erst eine kleine Oeffnung machen und mit der Sonde exploriren.

Nach diesen Darlegungen giebt Wagner ausführlich die Krankengeschichten von 4 Fällen von Speichelstein; in einem wog der Stein 93,5 g.

Dritter Tag. — 24. Mai.

Harrison Allen (Philadelphia) sprach über: „Angeborene Defecte im Gesicht mit Vorstellung einer seltenen Form von Gaumenspalte."

Vortragender demonstrirt den Schädel eines Seminole-Indianers, der eine seltene Form von Gaumenspalte darbot; die Fissur lag direct in der Mittellinie. Die gewöhnliche Form der Gaumenspalte entsteht durch einen Entwickelungsmangel des Processus fronto-nasalis, der zu einer Zeit, wenn die Gesichtsseitenknochen von rechts und links her sich entwickeln, noch nicht bis zur Ebene dieser herabgewachsen ist. Dadurch entsteht auf der einen oder auf beiden Seiten eine Spalte, gewöhnlich aber nicht in der Medianlinie. Unter anderen Abnormitäten zeigte der Schädel auch einen knöchernen Dorn, der direct einen Druck auf die linken Nasenmuscheln ausübte. Redner giebt der Meinung Ausdruck, dass manche Fälle von nasalem Kopfschmerz, Katarrh u. s. w. durch derartige Druckwirkungen congenitalen Ursprungs verschuldet sind und dass die Deviationen der Nasenscheidewand ebenfalls in der grossen Mehrzahl der Fälle auf congenitale Ursachen, nicht wie gewöhnlich angenommen, auf Traumen zurückzuführen sind.

J. H. Bryan (Washington): „Einige Erscheinungsformen der Syphilis in den oberen Luftwegen."

Redner schildert 3 Fälle von syphilitischer Erkrankung des Halses. Im ersten bestand eine Kehlkopfstenose bei einer Frau, die die Lues durch ihren Gatten acquirirt hatte. Der zweite Fall war eine syphilitische Tonsillitis, mit Uebergang in Eiterung; der betreffende Patient leugnete jede Infection. Der dritte Fall endlich war eine congenitale Syphilis des Rachens und Kehlkopfs. Die Pat. war ein 12jähriges Mädchen, das gleichzeitig auf beiden Augen an interstitieller Keratitis litt und taub war. Die Einkerbungen an den Zähnen fehlten.

Bezüglich des zweiten Falles nahm Mulhall an, dass die Eiterung der Mandel wohl nur coincidirend mit der Syphilis, doch von dieser unabhängig war. Als Assistent von Hutchinson sah Mulhall zahlreiche Fälle von angeborener Syphilis, bei denen die Zähne nicht eingekerbt waren. Wegen der mangelhafteren Ernährung setze die congenitale Lues bei den englischen Kindern weit grössere Zerstörungen, als in Amerika.

Es folgte ein Vortrag von George W. Major (Montreal): „Ueber eine verbesserte Methode zur Drainage der Highmorshöhle."

John N. Mackenzie (Baltimore) sprach über: „Aspergillus-Mykose der Highmorshöhle."

Der Pat. M.'s hatte seit langer Zeit an einer Affection der Highmorshöhle gelitten und gelegentlich war eine Pseudomembran aus derselben ausgestossen worden. Bei der mikroskopischen Untersuchung derselben fand man reichliche Massen von Aspergillus — wahrscheinlich Aspergillus fumigatus.

W. K. Simpson (New-York): „Ein Fall von Sarcom des weichen Gaumens, als Beispiel für die Degeneration einer benignen Geschwulst (Papillom) in eine maligne. Exstirpation des weichen Gaumens und Tod."

Die Patientin hatte als 16jähriges Mädchen multiple Papillome des weichen Gaumens gehabt, die damals abgetragen wurden. 16 Monate später bestand ein Recidiv; die Tumoren wurden wieder mit der galvanokaustischen Schlinge entfernt. Darnach kamen in rascher Aufeinanderfolge zahlreiche Recidive und die mikroskopische Untersuchung erwies jetzt den sarcomatösen Charakter der Geschwülste. Schmerzen hatte Patientin nicht; das Schlucken bereitete ihr einige Schwierigkeiten, auch war die Sprache etwas behindert. Die Halsdrüsen waren nicht geschwollen. Im August 1890 wurde der ganze weiche Gaumen unter Cocain-Anästhesie exstirpirt; das Cocain war in 4proc. Lösung subcutan und als Spray gegeben worden, ohne nachtheilige Folgen. 2 Monate nach der Operation wurde von Neuem ein Recidiv bemerkbar. Die Geschwulst dehnte sich sehr schnell nach dem Nasopharynx zu aus und die Pat. starb im April 1891, 2 Jahre und 3 Monate nach dem Auftreten der anscheinend [! Red.] benignen Papillome und 8 Monate nach der letzten Operation, in Folge der Inanition.

Roaldes wünscht der mikroskopischen Analyse keinen zu grossen Werth beigelegt zu sehen. Vor 6 Jahren entfernte er bei einem Mitglied seiner eigenen Familie eine fibroide Tonsille. Er legte Schnitte derselben verschiedenen Pathologen, amerikanischen wie fremden, zur Untersuchung vor und alle erklärten die Geschwulst für ein Rundzellensarcom. R. hat den Fall sorgfältig überwacht, bisher aber nichts von einem Recidiv beobachtet. Hätte er auf das Urtheil der Pathologen gestützt, damals eine radicale Operation vorgenommen, so würde er jetzt den Fall zu den mit Erfolg operirten Fällen von Sarcom rechnen müssen.

Beverley Robinson (New-York) eröffnete die Discussion über: „Diphtheritis: ihre Prophylaxe und Behandlung."

Redner befasst sich hauptsächlich mit der Krankheitsursache, dann mit der Isolirung der Erkrankung und den Desinfectionsmethoden. Um die Verbreitung der Krankheit aufzuhalten, muss besondere Sorgfalt den Abfuhrverhältnissen des Hauses zugewendet werden; Closets, Kellerräume etc. sind rein zu halten und gut zu ventiliren. Auf eine vollständige Isolirung des Erkrankten ist grosser Werth zu legen. In zweifelhaften Fällen soll das Exsudat der Halsschleimhaut sofort bacteriologisch untersucht werden. Ausser dem Arzt und dem Pfleger soll Niemand

zu dem Patienten Zutritt haben. Eine vollständige Isolirung lässt sich aber nur in geeigneten Spitälern, die besonders für die Aufnahme contagiöser Krankheiten erbaut sind, zur Durchführung bringen. Die Ventilation des Krankenzimmers, die Desinfection des Auswurfs etc. stehen in erster Linie. Im Falle des tödtlichen Ausgangs sollte ein öffentliches Leichenbegängniss verboten sein. Zum Schutz der Schulkinder sollten strenge Regeln obligatorisch eingeführt werden. Die Diphtheriebacillen können sich noch 5 Wochen lang nach dem Verschwinden der Membran im Rachen finden. Der Arzt soll sich zu jeder Visite mit einem Rock und einer Kappe versehen, die nachher desinficirt werden können. Krankenzimmer und -bett unterliegen ebenfalls gründlicher Desinfection. Zu den zweckmässigsten Desinficientien für diese Fälle gehörten das Eucalyptusöl, Terpentin, Carbolsäure, Creosot und Theer.

Trotz der Fortschritte, welche die bacteriologische Forschung auf dem Gebiete der Diphtherie gemacht hat, ist nach Robinson die Therapie noch immer eine ungewisse und unbefriedigende. Was die interne Behandlung anlang, so sind zahlreiche Mittel angepriesen worden. Von Manchen wurde das Calomel hochgerühmt, während Andere keinen besonderen Nutzen davon sahen. Im Berliner Krankenhaus Friedrichshain wurde überhaupt kein inneres Mittel gegeben und trotzdem 64 pCt. Heilung erzielt. Im Willard Parker Hospital besteht gegenwärtig die ganze Allgemeinbehandlung darin, dass man den Fällen, die Neigung zu Herzschwäche zeigen, alkoholische Stimulantien giebt. Für die locale Behandlung kommen Sprays, Irrigationen und Gurgelwässer in Frage, die je nach dem Alter und Kräftezustand des Patienten auszuwählen sind. Nach R.'s Erfahrung eignet sich zur Desinfection und Reinigung des Halses mehr der indirecte Spray durch die Nase, als der directe durch den Mund. Bei dem Spray durch die Nase wird die Lösung des Medicament in eine vollständigere Berührung mit jedem Theile der erkrankten Schleimhaut gebracht, als bei irgend einer anderen Methode, und dabei wird das Kind am wenigsten belästigt und ermüdet. Die Nasensprays sollen ziemlich ernergisch, doch nicht zu stark sein und 1—2stündlich, je nach der Schwere des Falles, wiederholt werden. Für den Spray sind milde Carbolsäurelösungen mit Kalkwasser, Borax oder Natriumbicarbonat oder auch sehr schwache Sublimatlösungen zu verwenden. Die Carbolsäurelösung darf nicht stärker als 1 oder 2 pCt. sein, Sublimat ist 1 : 4000, 1 : 8000 oder 1 : 10000 zu nehmen. Ueber den Werth des Carbols bei dieser Krankheit gehen die Meinungen auseinander; manche Autoren halten es für nutzlos und selbst schädlich. Von Zeit zu Zeit müssen Schlund, Tonsillen und Rachen mit demselben Sprayapparat oder mittelst einer Spritze gründlich gereinigt werden. Zu localen Betupfungen oder Einpinselungen kann ebenfalls Sublimat und zwar 1 : 500 oder 1 : 250 gewählt werden. Eisentinctur in Glycerin und Wasser oder Calomel in Wasser oder Milch kann verordnet werden, ausserdem reichlich flüssige Nahrung und alkoholische Stimulantien. Terpentindämpfe, Carbolsäure und Eucalyptus sollen mehr oder weniger beständig das Krankenzimmer erfüllen.

Nach Robinson sprach nur noch Mulhall; dann wurde die weitere Discussion auf die nächste Versammlung vertagt.

Zum Vorstand für das folgende Jahr wurden gewählt:

Vorsitzender: Dr. D. Bryson Delavan (New-York).

Stellvertretende Vorsitzende: Dr. J. C. Mulhall (St. Louis) und Dr. W. E. Casselbery (Chicago).

Secretär und Schatzmeister: Dr. Charles H. Knight (New-York).

Lefferts.

---

b) Londoner Laryngologische Gesellschaft.

Sitzung vom 14. März 1894.

Vorsitzender: Dr. Felix Semon.

Der Vorsitzende widmete dem nach kurzer Krankheit verstorbenen Dr. Ernest Jacob (Leeds), einem der ersten Mitglieder der Gesellschaft, einen warmen Nachruf.

J. B. Ball: Unbeweglichkeit des linken Stimmbands.

Obscurer Fall von Unbeweglichkeit des linken Stimmbands in Cadaverstellung bei einer 31jährigen Frau; kein Anhaltspunkt für centrale oder intrathoracische Erkrankung, kein Anzeichen mechanischer Gelenksteifigkeit.

J. B. Ball: Kehlkopftumor in einem Fall von Kropf.

Es handelt sich um eine 48jährige Frau mit einem seit 10 Jahren bestehenden enormen Kropf, der, nachdem er Athembeschwerden zu verursachen begonnen hatte, theilweise von Mr. Keatley entfernt worden war. Der Kehlkopf war zur Zeit der Operation (September 1892) normal. Am 5. August 1893 neue Aufnahme der Patientin wegen schwerer Dyspnoe, sofortige Vornahme der Tracheotomie. Am 25. August wurde laryngoskopisch eine Schwellung konstatirt, welche die rechte arytäno-epiglottische Falte einnahm und die Glottis fast vollständig verdeckte. Bei der nächsten Kehlkopfuntersuchung (März 1894) zeigte sich eine glatte, rothe Schwellung, welche die rechte arytaeno-epiglottische Falte einnehmend fast die ganze obere Apertur des Kehlkopfs bedeckte. Seit der ersten Operation im September 1892 haben die zurückgelassenen Kropfreste sich wiederum bedeutend vermehrt. Mikroskopische Präparate der entfernten Theile wurden demonstrirt.

In der Discussion hielt Mr. Spencer den Fall für zweifellosen Schilddrüsenkrebs sowohl nach dem äusseren Aussehen wie nach dem Charakter der Präparate. — Mr. Symonds sprach sich ebenfalls für die krebsige Natur der Neubildung aus und war der Ansicht, dass die innere Geschwulst eine Proliferation der Neubildung nach Innen darstelle. — Der Präsident gedachte der Möglichkeit, dass die innere Geschwulst ein versprengtes Stück hypertrophischen Schilddrüsengewebes repräsentiren möge, aber nicht nothwendigerweise einen Theil des Schilddrüsenkrebses selbst. — Dr. Dundas Grant meinte, dass das laryngoskopische

Bild durch einfaches Verdrängen des Kehlkopfs nach Innen zu Stande gebracht sein könnte.

F. W. Bennett: Kehlkopfsymptome in einem Fall von disseminirter Sklerose.

Der Patient, ein 38jähriger Mann, klagt seit April 1892 über Schlingbeschwerden, Heiserkeit und nächtliche Anfälle von anscheinendem Glottiskrampf. Ausserdem Ameisenkriechen und Krämpfe in Händen, Armen und Beinen, besonders linkerseits, Schmerzen in der Wirbelsäule und den Hüften, gelegentlich Schwindelgefühl und schwerer Hinterhauptkopfschmerz. Pharynx und Larynx chronisch entzündet, Uvula verlängert. Die Stimmbänder weichen bei tiefer Inspiration weit auseinander, das rechte bewegt sich freier als das linke. Bei der Phonation geht das rechte Stimmband ein wenig über die Mittellinie hinaus; das linke bewegt sich leidlich nach innen, die Processus vocales berühren sich, es bleibt vorn eine ovale, hinten eine dreieckige Oeffnung zwischen den Stimmbändern. Gelegentlich ist ein Tremor der Stimmbänder zu bemerken. Die Pupillen sehr ungleich weit; heftiger Krampf des linken Orbicularis. Augenhintergrund normal. Sehnenreflexe lebhaft. Nichts Anomales in Brust oder Urin. Diagnose: disseminirte Sklerose.

März 1894 klagt Patient lebhaft über die nächtlichen Kehlkopfkrämpfe, welche viel schlimmer seien als früher und sein Leben zur Qual machten. Stimme besser, laryngoskopisches Bild bei der Phonation dasselbe wie früher, nur erreicht das linke Stimmband nicht das rechte und ist nach innen ausgebuchtet; Sensibilität des Kehlkopfs unverändert, die Cricothyroidei contrahiren sich mässig beim Versuch zu singen.

Dr. Scanes Spicer sprach in der Discussion seine Meinung dahin aus, dass die Krämpfe nicht centralen Ursprungs oder reflectorisch ausgelöst seien, sondern hielt sie für eine direkte mechanische Folge excessiver katarrhalischer Sekretion und lenkte die Aufmerksamkeit auf die hochgradige nasale Obstruction und die subakute Entzündung des Nasenrachenraums und Rachens. — Der Präsident bekämpfte diese Ansicht und machte darauf aufmerksam, dass sich die Stellung der Stimmbänder selbst während der laryngoskopischen Untersuchung und besonders beim Phonationsversuch jeden Augenblick änderte. Er hielt das Leiden für unzweifelhaft central. — Dr. M'Bride glaubt, dass die nächtlichen Krämpfe und die eigenthümlichen Bewegungen der Stimmbänder hysterischen Ursprungs seien. Er bekämpft ebenfalls die Spicer'sche Erklärung und glaubt, dass, selbst wenn eine Behandlung der Nase von Einfluss auf die Lage der Dinge im Kehlkopf wäre, dies mehr auf den Shok der operativen Vornahme als auf ein Abhängigkeitsverhältniss des Kehlkopfleidens von der Nasenobstruction zurückzuführen sein würde. — Dr. Bennett gab zwar zu, dass der Zustand der Nase eine Behandlung verdiene, hielt aber das Kehlkopfleiden für unzweifelhaft centralen Ursprungs.

Dr. de Havilland Hall: Trachealfistel.

Der Patient, ein 40jähriger Mann, war im Alter von 12 Jahren wegen all-

mälig zunehmender Athembeschwerden tracheotomirt worden. Sieben Jahre später war die Canüle entfernt worden; es war aber eine Fistel zurückgeblieben, deren Verschluss mit dem Finger Dyspnoe verursachte. Bei laryngoskopischer Untersuchung wurden multiple Papillome an den Stimmbändern entdeckt, nach deren Entfernung Mr. Pearce Gould eine plastische Operation vornahm und die Trachealfistel schloss, welche 21 Jahre existirt hatte.

Dr. de Havilland Hall. Syphilitische Kehlkopfstenose.

Hall demonstrirte den Kehlkopf eines Patienten, den er bei einer früheren Sitzung der Gesellschaft wegen syphilitischer Stenose gezeigt hatte. Der Kranke war in einen Strassenauflauf verwickelt worden, in dessen Verlauf die Canüle dislocirt wurde. Es gelang nicht, sie wieder einzuführen und der Patient wurde todt in's Hospital gebracht.

Mr. Spencer, der die Tracheotomie in diesem Falle vorgenommen hatte, bemerkte, dass der Patient wahrscheinlich an Neuritis des Nervus laryngeus superior gelitten hätte, welche ihn davon hatte Abstand nehmen lassen, weitere operative Massregeln auszuführen. Er hielt es für wahrscheinlich, dass der plötzliche Tod weniger auf das Herausschlüpfen der Canüle, als auf eine plötzliche Störung der Herzthätigkeit zurückzuführen sei. — Dr. Hall schloss sich dieser Ansicht an und bemerkte, dass der Patient schon früher bei mehreren Gelegenheiten an Anfällen von Syncope und Erbrechen gelitten hatte.

Dr. Percy Kidd: Kehlkopfstenose (tuberkulöser Natur?).

Der Patient war ein 42jähriger früherer Polizist, der vor 14 Jahren an Syphilis gelitten hatte. Vor 2 Jahren hatte er Influenza und Bronchitis, gefolgt von allmäligem, schliesslich vollständigem Stimmverlust. Er war stark abgemagert und hatte Athemnoth bei leichter Anstrengung. Laryngoskopisch zeigte sich die Glottis von zwei schmutzig rothen, unregelmässigen Rändern begrenzt, an deren oberem und innerem Rande sich flache, fleischige polypoide Auswüchse befanden. Diese Bänder lagen nah an einander und waren unbeweglich, was die Athemnoth genügend erklärte. Am linken Giesbeckenknorpel zeigte sich am Processus vocalis ein theilweise geheiltes Geschwür, welches sich bis zur Interarytaenoidfalte erstreckte. Das Athemgeräusch im Thorax war beiderseits schwach und beim Husten liessen sich Rasselgeräusche in der rechten Lungenspitze vorn und hinten constatiren. Hinten rechts war unterhalb der Spina scapulae auch leichte Dämpfung vorhanden. Der Patient war seit 9 Monaten unter Beobachtung gewesen, ohne dass sich der Befund im Kehlkopf viel geändert hätte. Jodkali und Quecksilber waren ohne Erfolg verabreicht worden. Die physikalischen Zeichen in der Lunge waren sehr veränderlich gewesen. Das Sputum war häufig untersucht worden, ohne dass je Tuberkelbacillen gefunden wären. Der Patient war beträchtlich in seinem Allgemeinbefinden heruntergekommen.

Dr. Percy Kidd: Kleiner subglottischer Tumor von zweifelhafter Natur in einem Fall von Kehlkopftuberkulose.

Der Patient, ein 38jähriger Mann, wies neben theilweise geheilter Ulceration

der Epiglottis und Schwellung der Taschenbänder und ary-epiglottischen Falten in der Regio subglottica unmittelbar unterhalb der vorderen Commissur und etwas zur linken von der Medianlinie einen sessilen, ovalen, glatten, röthlichen Tumor von der Grösse einer Kaffeebohne auf. Derselbe war anfänglich als tuberculös betrachtet worden, hatte sich aber im Laufe der drei Monate, die der Patient unter Beobachtung stand, nicht im mindesten in seinem Aussehen verändert. Die tuberculöse Ulceration der Epiglottis war mittelst Applicationen von reiner Milchsäure zum Stillstand gebracht worden. In den Lungen waren die Zeichen chronischer Tuberculose vorhanden. Das Allgemeinbefinden des Patienten hatte sich beträchtlich gehoben und sein Gewicht bedeutend vermehrt. Keine syphilitische Vorgeschichte.

Dr. Felix Semon: Zwei Fälle von Kehlkopfkrebs geheilt durch Thyreotomie und Excision der Neubildung.

Fall 1 bereits beschrieben (vgl. Centralblatt IX, p. 555). Die Heilung ist eine dauernde geblieben.

Fall 2. Ein 59jähriger Prediger wurde dem Vortragenden im Mai 1892 von Mr. Lawford Knaggs (Leeds) und Mr. Arthur Lucas (Woburn) wegen einer gelappten Geschwulst zugesandt, welche den hinteren Theil des linken Stimmbands einnahm und sich vorn bis zum Giessbeckenknorpel hin erstreckte; das Stimmband zeigte eine ganz geringe Bewegungsstörung. Die Stimme war merkwürdig klar, trotz der Situation und der Grösse der Geschwulst und trotz der Congestion, welche sich nicht allein auf die Gegend der Basis der Geschwulst selbst, sondern auch auf das ganze Stimmband erstreckte. Der Kranke klagte über Schmerzen in der linken Seite des Halses und über Empfindlichkeit bei Druck auf die linke Kehlkopfhälfte. Die Expectoration früh Morgens war gewöhnlich leicht blutig. Mr. Butlin sah den Kranken in Consultation mit dem Vortragenden und hielt die Geschwulst ebenfalls für bösartig. Am 25. Juni 1892 wurde die Thyreotomie vorgenommen und das linke Stimmband mit einem Theil des linken Giessbeckenknorpels entfernt. Die Geschwulst erwies sich bei der mikroskopischen Untersuchung (Mr. Shattock) als ein cavernöses Fibrosarcom. Der Patient genas ohne den geringsten Zwischenfall, und in seinem Falle ebenso wie in dem erst demonstrirten war die Stimme fast normal, da sich in beiden Fällen an Stelle des früheren Stimmbands eine narbige Leiste gebildet hatte, an welche sich das gesunde Stimmband bei der Phonation fast anlehnte.

Der Vortragende bemerkte, dass diese Tendenz zur Bildung von narbigen Vorsprüngen, welche vicariirende Dienste für das entfernte Stimmband leisteten, nicht ein ausnahmsweises Phänomen zu sein schiene, da auch in dem bekannten Falle des verstorbenen Mr. Montagu Williams genau dasselbe Vorkommniss zu beobachten gewesen sei.

Dr. Scanes Spicer: Eine Kehlkopfneubildung anscheinend plötzlichen Ursprungs.

Es handelt sich um einen fast zweifellosen Fall von typischer Pachydermie am Processus vocalis des rechten Stimmbands bei einem 42jährigen Manne.

Mr. Charters Symonds: Pachydermie des Kehlkopfs.

Der Patient war ein 52jähriger Schneider, der an Syphilis gelitten hatte, und in früheren Jahren dem Alkoholgenuss ergeben gewesen war. Am linken Processus vocalis des linken Stimmbands fand sich die charakteristische Erhebung mit einer Depression auf ihrem Gipfel. Die Verdickung an der rechten Seite war viel kleiner.

In der Discussion stimmten M'Bride, Clifford Beale und der Präsident der Diagnose „Pachydermie“ in beiden Fällen zu. — Dr. M'Bride meint, dass auch die Sängerknötchen eine Form von Pachydermie darstellen. — Dr. Beale frug, ob man die Pachydermie allein aus dem laryngoskopischen Bilde mit Sicherheit diagnosticiren könne, oder ob nicht manche Form lokaler chronischer Ulceration leicht mit ihr verwechselt werden könne. — Der Präsident gab seine Erfahrung dahin ab, dass das charakteristische Bild durchaus nicht nothwendigerweise während des ganzen Verlaufs des Leidens constant vorhanden sein müsse, und dass man die übrigen Symptome ebenfalls in Berücksichtigung zu ziehen habe.

Mr. Charters J. Symonds: Eine Schleimhautfalte im mittleren Nasengange.

Das demonstrirte Präparat zeigte eine sichelförmige Schleimhautfalte an der äusseren Wand der Nasenhöhle, gegenüber der mittleren Muschel. Dieselbe war vorn convex und verlief von oben nach unten und hinten. Hinter ihr und oberhalb war die Oeffnung in das Antrum gelegen. Der Vortragende meinte, dass dies eine Erklärung für die hypertrophischen Vorsprünge der Schleimhaut, resp. die Granulationen abgebe, welche man in Fällen von Antrum- oder Siebbeinzellenempyem und in manchen Fällen von Polypen sehe. Die vorspringenden Granulationen in diesen Fällen wären oft in Contact mit der mittleren Muschel, und zwischen ihnen und der Muschel drängt sich Eiter vor. Das daraus resultirende Bild sei vermuthlich was Dr. Woakes als „gespaltene Muschel“ bezeichne. Obwohl Dr. Greville Macdonald dieses Bild genau beschrieben habe und der erste gewesen sei, der auf dasselbe aufmerksam gemacht habe, so hätte er nicht der Existenz dieser Schleimhautfalte Erwähnung gethan. Dieselbe sei kein constantes Vorkommniss, obwohl sich stets an ihrer Stelle ein grösserer oder kleinerer Vorsprung fände. Möglicherweise repräsentire sie die Falte, welche man gewöhnlich unterhalb der Oeffnung des Antrums fände, und sei nur ein wenig mehr nach vorn gelegen. Der Vortragende pflegt sie mit dem Messer oder mit einer von vorn nach hinten wirkenden Curette zu entfernen, um den mittleren Nasengang freizulegen.

In der Discussion sprach Dr. Hill seine Ansicht dahin aus, dass das Präparat ursprünglich ein vollständig normales gewesen sei, welches nur durch langes Aufheben in Spiritus decalcificirt sei, und dass die relativen Positionen des Processus uncinnatus und der mittleren Muschel durch Schrumpfung verzerrt worden seien. Die von Symonds so genannte „sichelförmige Schleimhautfalte“ repräsentire den entkalkten Processus uncinnatus und dieselbe Stelle in hypertrophischem Zustande sei sogar für eine „gespaltene“ mittlere Muschel gehalten

worden. — Mr. Symonds gab zu, dass Dr. Hill's Ansicht die richtige sein möge, glaubte aber, dass die Falte zu weit nach vorn gelegen sei, um als normal angesehen werden zu können.

Dr. Percy Kidd: Trachealstenose (? Narbenstrictur).

Vorstellung eines 38jährigen Mannes, der 13 Jahre früher syphilitisch gewesen war, in den letzten beiden Jahren an Reizhusten mit profuser Expectoration und seit Mitte Januar 1894 an Dyspnoe und Stridor gelitten hatte. Gegenwärtig war in- und exspiratorischer Stridor und Dyspnoe bei geringen Anstrengungen vorhanden. Der Kehlkopf machte keine respiratorischen Excursionen und es war keine Einziehung der Weichtheile vorhanden. Am weichen Gaumen und an der Hinterwand des Rachens zahlreiche Narben. Kehlkopf normal, ausser leichter röthlicher Verfärbung der Stimmbänder, die sich aber normal bewegen. Die Trachea war gut sichtbar, obwohl man nicht bis zur Bifurcation herabsehen konnte. Am unteren Ende erschien sie etwas verengert. Das Athemgeräusch in beiden Lungen war schwach, die Exspiration verlängert; bei Inspiration und Exspiration war ein schnarchendes Geräusch zu hören.

Der Präsident bemerkte, dass er keine Strictur habe sehen können.

Dr. Herbert Tilley: Lähmung des linken Stimmbands.

Der Patient, ein 23jähriger Mann, klagte über Heiserkeit, welcher ein Gefühl von Wundsein im Halse und leichtes Erstickungsgefühl am Morgen seit fünf Monaten vorhergegangen ist. Fünfzehn Monate früher hatte er Abscesse vorn am Halse, welche geöffnet worden waren, doch hatte er zu der Zeit keine Beschwerden im Halse selbst. Er hat im Laufe des Winters ein paar Mal Blut gespuckt. Familiengeschichte gut. Laryngoskopisch zeigt sich complete Lähmung des linken Stimmbands, sonst sind Kehlkopf und Rachen normal. Doppelseitiger Spitzencatarrh. Die Narben der Abscesse sind augenscheinlich nicht tief und befinden sich oberhalb des Niveaus des Kehlkopfs. Der Vortragende war der Ansicht, dass die Lähmung durch den Druck vergrösserter Bronchialdrüsen verursacht sein möge, obwohl ihm Fälle der Art nicht bekannt waren.

Der Präsident erklärte, dass abgesehen von den in der Literatur berichteten Fällen, er selbst mehrere Beispiele der Art beobachtet habe.

Dr. Herbert Tilley: Ein Fall von vorgeschrittener Kehlkopfphthise.

Die Patientin, eine 31jährige Frau, wurde demonstrirt, weil neben anderen unzweifelhaft phthisischen Läsionen im Kehlkopf und in den Lungen die Epiglottis fast vollständig zerstört und auf einen kleinen Stumpf reducirt war. Nichtsdestoweniger konnte die Patientin ohne Schwierigkeit halbfeste Nahrung schlucken, und der Fall schien daher die Ansicht Dr. Kanthack's zu bestätigen, dass die Epiglottis nicht so nothwendig für den Schlingact sei, als gewöhnlich angenommen wird.

(Nach dem Originalbericht in den Verhandlungen der Gesellschaft.)

Felix Semon.

Sitzung vom 11. April 1894.

Vorsitzender: Dr. Felix Semon.

Discussion über die Wahl eines Anästheticums bei der Entfernung adenoider Vegetationen.

Die Sitzung war ausschliesslich dieser Frage gewidmet, und es waren zu ihr die Mitglieder der Gesellschaft der Londoner Anästhetisten eingeladen, welche auch zahlreich erschienen waren und sich lebhaft an der Debatte betheiligten.

Zur Erklärung diene Folgendes:

Im Laufe der letzten beiden Jahre, zumal aber des Jahres 1893, ist in Grossbritannien eine verhältnissmässig ungemein grosse Anzahl von Todesfällen im Verlauf oder unmittelbar nach der Vornahme von Operationen adenoider Vegetationen berichtet worden. Wir haben eines dieser Fälle im Centralblatt (Vol. X, p. 224) gedacht, andere sind gelegentlich im redactionellen Theile der Lancet und des British Medical Journal erwähnt worden, noch anderer ist in Discussionen Londoner und provinzieller Gesellschaften beiläufig Erwähnung geschehen; wiederum andere sind, obwohl niemals öffentlich berichtet, durch Hörensagen ziemlich allgemein bekannt geworden. Im Ganzen sollen, wie Dr. Dundas Grant in der hier zur Rede stehenden Discussion erwähnte, im Vorjahre nicht weniger als 9 Todesfälle, die der Chloroformdarreichung zur Last zu legen sind, während und kurz nach der Operation adenoider Vegetationen vorgekommen sein. Diese unverhältnissmässig grosse Zahl hat zeitweise zu einer allgemeinen Beunruhigung nicht nur in ärztlichen Kreisen, sondern auch im grossen Publikum geführt, das über die in Krankenhäusern vorgekommenen Todesfälle dieser Art durch den Polizeibericht in Kenntniss gesetzt worden ist, und es hat sich im weiteren Verlauf zu wiederholten Malen eine Correspondenz im British Medical Journal und besonders in der Lancet an diese Ereignisse geknüpft, in welcher von einzelnen Specialisten und Anästhetisten die Wahl des Chloroforms für diese Operation nicht nur bekämpft, sondern als geradezu unerlaubt verdammt worden ist, und in welcher das Bestreben eines wahren Wettkampfes sich bemerkbar gemacht hat, die Zeitdauer der Operation auf ein Minimum zu reduciren, und langsamere, wenn auch gründlichere Methoden zu verwerfen.

Unter diesen Umständen hielt es der Vorstand der Laryngologischen Gesellschaft für seine Pflicht, Gelegenheit zur öffentlichen Aussprache über die Frage zu geben, da sich an der bisherigen Discussion zum weitaus grösseren Theile nur professionelle Anästhetisten betheiligt hatten, für welche naturgemäss die Vorgänge während der Operation selbst von Ausschlag gebendem Interesse sind, während der mehr chirurgische Standpunkt, d. h. die Fragen nach der Gründlichkeit der Operation, Verhütung von Recidiven so weit als möglich etc. wenig oder gar nicht in Betracht gezogen waren. So kam die diesmalige Discussion zu Stande.

Es ist uns in dem begrenzten Raum, der uns zur Verfügung steht, nicht möglich, die Ansichten jedes einzelnen Redners in extenso wiederzugeben. Es be-

theiligten sich an der Discussion nicht weniger als 17 Herren, nämlich: Dr. Dudley Buxton, Mr. Butlin (brieflich), Mr. Tyrrell, Dr. William Hill, Dr. Hewett, Mr. W. R. H. Stewart, Dr. Silk, Dr. Scanes Spicer, Mr. Davis, Dr. Dundas Grant, Mr. Richard Gill, Dr. Whistler, Mr. Bailey, Mr. Walsham, Mr. Parker und der Präsident; und es ist keine Uebertreibung zu sagen, dass kaum einmal die Ansichten zweier Redner völlig übereinstimmten! — Der Eine bevorzugt das Lachgas, der Andere den Aether, der Dritte die Chloroformnarkose, wieder Andere eine Mischung von Aether und Chloroform, noch Andere zunächst Aether, dann Chloroform, wiederum Andere eine Mischung von Lachgas und Aether etc. etc. Auch hinsichtlich der Art der Administration der Anästhetica gehen unter den specialistischen Darreichern derselben die Meinungen weit auseinander.

Von den Operateuren bevorzugen Viele die Rückenlage mit hängendem Kopfe, Andere eine sitzende Stellung, wiederum Andere vollständig horizontale Lage; der Eine operirt mit der Gottstein'schen Curette, der Andere mit der Löwenberg-Woakes'schen Zange, ein Dritter mit dem Fingernagel, noch Andere mit einer Combination dieser Methoden. Der eine Operateur braucht wenige Secunden, der Andere mehrere Minuten. Der Eine entfernt bei gleichzeitigem Vorhandensein adenoider Vegetationen und vergrösserter Tonsillen die letzteren zuerst, während der Andere umgekehrt vorgeht, — kurz, so viel Köpfe, so viel Sinne!

Wir müssen Interessenten, welche zu wissen wünschen, welches die speciellen Ansichten jedes einzelnen Theilnehmers an der Discussion sind, auf den Originalbericht in den Verhandlungen der Gesellschaft, oder auf den ausnahmsweise ausführlichen Bericht im British Medical Journal (Vol. I. 1894. p. 861) verweisen, und bringen hier nur die Bemerkungen, mit denen der Vorsitzende das Gesammtresultat der Discussion resumirt, und denen die Redaction des Brit. Med. Journal in einer speciell dieser Frage gewidmeten Notiz (Ibid. p. 873) vollständig beitritt.

Er führte aus, dass dieselbe die Unmöglichkeit gezeigt habe, Zwangsgesetze hinsichtlich der Frage zu schaffen. Die Methode jedes Operateurs müsse bis zu einem gewissen Grade die Darreichung des Anästheticums für die Operation, deren Verantwortlichkeit ihn träfe, bestimmen. Manche zögen vor langsam, Andere schnell zu operiren; in jedem Falle aber müssten die Hauptrücksichten die auf die Gefahrlosigkeit und auf die Vollständigkeit der Operation sein. Das Anästheticum sollte stets von einem erfahrenen Manne gegeben werden, so dass der Operateur sich ohne Besorgniss der Operation selbst widmen könne. Eine Narkose, deren Tiefe bis zur Abschaffung des Hustenreflexes ginge, sei durchaus zu verwerfen, da bei einer solchen die Gefahr des Eindringens von Blut in den Kehlkopf und die tieferen Luftwege vorliege. Die Darreichung des Anästheticums solle aufhören, sobald die Conjunctiva unempfindlich sei. Eine rapide Operation sei nicht immer eine vollständige, und es sei durchaus die Pflicht des Operateurs, die Operation so vollständig auszuführen, dass dadurch die Häufigkeit der sogenannten Recidive verringert würde. Als ein Gesammtresultat der Discussion könne entschieden bezeichnet werden, dass die Wahl des Anästheticums jedem Operateurs überlassen bleiben müsse. Felix Semon.

III. Briefkasten.

M. Rossbach †.

Vor einigen Tagen verstarb in München im Alter von nur 52 Jahren Prof. M. Rossbach, der frühere Director der medicinischen Klinik in Jena, nach längerem Leiden. Der Verstorbene hatte sich während der Zeit seiner Thätigkeit als Privatdocent und ausserordentlicher Professor in Jena 1869—1882 vielfach mit laryngologischen Fragen beschäftigt, und war im Jahre 1881 in die Redaction der „Monatsschrift für Ohrenheilkunde etc." eingetreten, in welcher Zeitschrift eine Reihe gediegener laryngologischer Arbeiten aus seiner Feder veröffentlicht sind. In späteren Jahren bewegte sich seine literarische Thätigkeit mehr auf allgemein-medicinischem und pharmakologischen Gebiete, doch lieferte er — abgesehen von kleineren Mittheilungen — noch im Jahre 1890 einen sehr interessanten Beitrag zur Localisation des corticalen Stimmcentrums beim Menschen (vgl. Centralblatt VII, p. 207).

J. J. G. van Oppenraag †.

Am 12. October verstarb Dr. J. J. G. van Oppenraag, Specialarzt für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten, im Haag im Alter von 48 Jahren.

Personalia.

Dr. W. Posthumus Meijes hat sich als Privatdocent der Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde an der Universität Amsterdam etablirt.

Die Herren Cartaz und Ruault sind zu Rittern der Ehrenlegion ernannt worden. (Annales des maladies de l'oreille et du larynx. Sept. 1894. p. 976.)

Sammelforschung betreffend die Behandlung multipler Kehlkopfpapillome bei Kindern.

Mit einer diesen Gegenstand betreffenden Arbeit beschäftigt, bemerke ich von neuem, dass die Ansichten über die empfehlenswertheste Methode erheblich auseinandergehen. Selbstverständlich muss auch hier individualisirt werden, und können und dürfen nicht alle Fälle auf dieselbe Weise behandelt werden; allein auch in principieller Hinsicht — ob überhaupt endolaryngeal oder chirurgisch operirt oder auf andere Weise vorgegangen werden soll — herrscht kein Einklang.

Es wäre daher sehr erwünscht, über den Werth der verschiedenen Methoden grosse Zahlen entscheiden zu lassen, und deswegen richte ich an alle Herren Chirurgen und Laryngologen die ergebene Bitte, mir über die von ihnen beobachteten Fälle folgende Fragen freundlichst beantworten zu wollen:

1. Alter und Geschlecht des Kindes — Stand des Vaters.
2. Symptome (Heiserkeit — Athmungsstörung u. s. w.), laryngoskopisches Bild.
3. Art und Datum der Operation.
4. Resultat der Operation, auch in Bezug auf Stimme und Athmung (Tod — Ursache? Recidive — wann? Heilung — Datum der letzten Untersuchung).
5. Sind die Fälle schon publicirt? Wann? Wo?

Allen Herren, die meiner Bitte nachkommen, im Voraus herzlichsten Dank für ihre freundliche Unterstützung.

Berlin, 7. September 1894.
N.W. Mittelstr. 55.

Dr. Rosenberg,
I. Assistent an der Kgl. Universitäts-poliklinik für Hals- u. Nasenkranke.

Gedruckt bei L. Schumacher in Berlin.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XI. Berlin, December. 1894. No. 6.

I. Referate.

a. Allgemeines, Parotis, Medicamente etc.

1) **J. M'Intyre** (Glasgow). **Die Aetiologie der Hals- und Nasenkrankheiten. (The etiology of the diseases of the nose and throat.)** *Med. Press and Circular. 10. Januar 1894.*

Der Artikel giebt die Ansprache wieder, die Verf. als Vorsitzender der British Laryngological Association an die Versammlung richtete. Redner betonte die Bedeutung der ätiologischen Erforschung der Hals- und Nasenkrankheiten und hob besonders den Werth derselben für die Classification und die Therapie dieser Krankheiten hervor. Zahlreiche Photogramme und mikroskopische Präparate der hauptsächlichen in Mund und Nase gefundenen Mikroorganismen illustrirten die Darlegungen des Verf.'s. MACKENZIE-JOHNSTON.

2) **Stubenrauch** (München). **Ueber einen Fall von tuberculöser Parotitis.** *Arch. f. klin. Chirurgie. 47. Bd. 1894.*

Bei einem 60jährigen Manne fand sich in der Gegend der rechten Parotis eine halbkugelförmige cystische Geschwulst, von normaler Haut bedeckt. Exstirpation der Cyste. Die mikroskopische Untersuchung ergab, dass die eigentliche Cystenwand aus echtem tuberculösem Granulationsgewebe bestand. Wahrscheinlich ist die Erkrankung in den Drüsenzellen oder in den Ausführungsgängen der Parotis entstanden; ob die Infection der Drüse von der Circulation oder der Mundhöhle aus erfolgt ist, konnte nicht entschieden werden. SEIFERT.

3) **T. B. Dunn** (West Chester Pa.). **Ein Fall von Leukämie mit seltenen lymphoiden Geschwülsten der orbitalen und der Ohrspeicheldrüsen. (A case of leukaemia with rare lymphoid growths of orbits and parotid glands.)** *Amer. Journal of Med. Science. März 1894.*

Die Ueberschrift erklärt den Fall, bei dem jedoch weder eine Section gemacht wurde, noch eine mikroskopische Untersuchung der Tumoren stattfand.

P. MC BRIDE.

4) **H. S. Renshaw. Fütterung durch die Nase in Fällen von Schmerzen beim Schlucken. (Nasal feeding in cases of painful deglutition.)** *British Medical Journal. 19. Mai 1894.*

In Fällen von schmerzhaften Affectionen des Mundes und Gaumens wird ein seidener Gummi-elasticum-Catheter No. 6 durch die Nase eingeführt und mit Hülfe eines Trichters der Patient gefüttert. Diese Methode wäre auch zu empfehlen nach Operationen an der Zunge. ADOLPH BRONNER.

5) **Sölder** (Wien). **Demonstration eines Falles von sogenannter heilbarer Bulbärparalyse.** Sitzung der Gesellsch. der Aerzte am 18. Mai 1894. — *Wiener klin. Wochenschr. 1894. No. 21.*

Der Patient, schon 1892 von Goldflam in Warschau beobachtet, war $^1/_2$ Jahr lang gesund; dann trat wieder motorische Schwäche mit ausserordentlich leichter Erschöpfbarkeit des gesammten willkürlichen Muskelsystems und in einzelnen Muskelgebieten wirkliche Lähmung auf; letztere in den Schlingmuskeln, Gesichtsmuskeln, Zunge u. a. CHIARI.

6) **S. Solis-Cohen** (Philadelphia). **Vasomotorische Ataxie; ein Beitrag zur Frage der Idiosyncrasie. (Vasomotor ataxia; a contribution to the subject of Idiosyncrasy.)** *American Journal of the Med. Sciences. Februar 1894.*

Die ebenso interessante wie anregende Arbeit lässt sich nicht in einem kurzen Referate wiedergeben; sie verdient im Original gelesen zu werden.

P. MC BRIDE.

7) **Onodi. Argyrose. (Argyrose.)** *Revue de Laryngologie. No. 1. 1894.*

O. hat einen Fall von Argyrose bei einem alten Syphilitiker beobachtet, der seit ungefähr 8 Jahren mit Argentum nitricum gepinselt wurde. E. J. MOURE.

8) **v. Zeissl** (Wien). **Ueber Jodoedem.** Vortrag in der Sitzung des Wiener med. Doctoren-Collegiums am 21. Januar 1894. — *Mittheilungen d. Wiener medicin. Doctoren-Collegiums. 1894.*

Z. erzeugte in Basch's Laboratorium durch Injection von 2 g Jodi puri, 2,2 g Jodnatrium in 100 g Wasser in die Vena jugularis eines Hundes hochgradiges Lungenödem. Jodkali und Jodnatrium innerlich gegeben riefen auch bei grössten Dosen kein Lungenödem hervor. CHIARI.

9) **J. Ruhemann. Ueber die klinische Anwendung der Jodsäure und des jodsauren Natrons.** *Deutsche med. Wochenschr. 1894. No. 24.*

R. hat obige Mittel u. A. auch bei chronischer Pharyngitis (Jodsäure als Aetzstift), bei chronischer Laryngitis (Acid. jodici 1,0 — Natrii jodici 3,0—4,0) als Einblasung, bei Gingivitis, bei Diphtherie als 1proc. Gurgelwasser, bezw. als 10proc. Pinselung, bei Struma als parenchymatöse Injection ($^1/_2$—1 Spritze einer 10proc. Lösung) angewendet und ist mit den Erfolgen sehr zufrieden.

LANDGRAF.

10) **W. J. Cathell. Studie über die schädlichen Wirkungen des Tabaks auf Hals und Nase. (A study of the ill effects of tobacco on the throat and nose.)** *Med. and Surg. Reporter. 10. Februar 1894.*

5 pCt. aller ständigen Raucher und 10 pCt. aller, die Tabak kauen, und 20 pCt. aller, die beiden Genüssen zusammen fröhnen, leiden an irgend einer Form von Nasen- oder Halserkrankung. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

11) **Gabriel Roux. Kölnisches Wasser bei der Behandlung leichter Affectionen der oberen Luftwege. (Cologne Water in the treatment of slight affections of the air-passages.)** *N. Y. Med. Journal. 20. Januar 1894.*

Verf. macht auf ein sehr einfaches und schnell wirkendes Mittel aufmerksam, mit dem man acute Entzündung der oberen Luftwege gleich beim Beginne zu coupiren vermöge. Speciell nimmt Verf. auf eine in Lyon recht häufig vorkommende Affection Bezug, die früher als catarrhalisches Fieber beschrieben wurde, in Wirklichkeit aber nichts anderes ist, als eine Art Naso-pharyngo-laryngo-tracheitis. Das Mittel besteht darin, dass man den Patienten mehrmals am Tage in recht energischer Weise durch die Nase, besser noch durch den Mund Kölnisch-Wasser, reichlich ins Taschentuch geträufelt ist, inhaliren lässt. Die Dämpfe des Riechwassers müssen so tief eingeathmet werden, dass ein intensives unangenehmes, fast schmerzhaftes, jedoch nicht andauerndes Gefühl in der Nase oder hinten im Halse entsteht. Die Einathmung findet entweder bloss durch die Nase oder ausschliesslich durch den Mund statt, je nachdem mehr die Symptome einer Coryza oder die der Pharyngo-tracheitis hervortreten. Jedoch ist zu bemerken, dass der Effect des Mittels ausgesprochener und zuverlässiger an der Rachen- und Kehlkopfschleimhaut, als in der Nase eintritt, und dass deshalb die Entzündungen der erstgenannten Schleimhäute öfters unter dieser Therapie vollständig schwinden während die Coryza noch weiterbesteht. Hierin liegt auch ein deutlicher Unterschied von der Wirkung, die gewisse andere reizende Dämpfe, wie Ammoniak, Jod etc., auf die Riechschleimhaut hervorbringen. — Roux giebt die Krankengeschichte von 11 Fällen, bei denen der Erfolg nicht blos ein vortrefflicher war, sondern auch mit überraschender Schnelligkeit eintrat. Gerade um dieser rapiden Wirkung willen glaubt R. diese Methode, die, wenn auch unter Umständen nützlich, doch an sich wenig bedeutungsvoll sei, veröffentlichen zu sollen. In weniger als 24 Stunden ist eine Erkältung, die mit leichtem Fieber, Kältegefühl, Stechen im Hals, Heiserkeit, Schnupfen und Husten einhergeht, beseitigt, wenn man gleich im Anfang das Mittel empfiehlt und vier- oder fünfmal 2—3 Minuten lang inhaliren lässt. LEFFERTS.

12) **Jay** (Paris). **Intratracheale Mentholinjectionen bei Lungentuberkulose. (Des injections intratrachéales de menthol dans la tuberculose pulmonaire.)** *Thèse de Paris. 1894.*

J. rühmt die intratrachealen Injectionen einer sterilisirten Mentholösung in Mandelöl als Mittel gegen die Lungentuberculose. Die Injectionen wurden ohne Hülfe des Spiegels gemacht, und zwar mit Dosen von 5—6 ccm. Das Menthol

wirkt antiseptisch und schmerzlindernd; die Methode ergab dem Verf. gute Resultate.

A. CARTAZ.

13) **Gordon Sharp. Der therapeutische Gebrauch intralaryngealer Injectionen; mit zwei Krankengeschichten. (Intralaryngeal therapeutics; with notes of two cases.)** *Lancet. 14. April 1894.*

Verf. behandelte Fälle von Bronchiektasie und Lungenphthise mit intralaryngealen Injectionen. Der erste der beiden mitgetheilten Fälle betrifft einen jungen Mann von 20 Jahren, der seit 12 Monaten im Anschluss an Influenza an fötider Bronchitis litt. Es begannen sich bereits Symptome septischer Allgemeininfection geltend zu machen. Verf. injicirte 4 g einer 2proc. Lösung von Guajacol mit 10 pCt. Menthol in Olivenöl 1—4mal in der Woche seit 4 Monaten. Die Besserung, sowohl im Allgemeinbefinden wie in dem localen Zustande, war eine deutlich ausgesprochene.

Im zweiten Falle, bei einem 28jährigen Phthisiker im letzten Stadium, wurde durch Injectionen von 10proc. Menthol eine Linderung des starken Reizes und des beständigen Hustens erzielt. Die Spritze wurde von der Seite her um die Epiglottis und durch die Glottis bis in die Trachea geführt.

ADOLPH BRONNER.

14) **Adolph Bronner. Intralaryngeale Injectionen bei der Behandlung der Krankheiten des Kehlkopfs, der Trachea und der Bronchien. (Intralaryngeal injections in the treatment of diseases of the larynx, trachea and bronchi.)** *Lancet. 28. April 1894.*

Verf. machte in Fällen von tuberculöser Laryngitis Injectionen von 5—10proc. Lösungen von Menthol in Parolein. Ein Zusatz von Guajacol (2 pCt.) oder Salol (20 pCt.) ist gestattet. Namentlich das letztgenannte Mittel wirkte sehr günstig. Menthol und Europhen wurden in Fällen von chronischer Laryngo-Tracheitis gegeben. Sie lindern den Hustenreiz, der oft allen anderen Behandlungsmethoden widersteht. Die Laryngitis sicca, die in Yorkshire überaus häufig ist, wurde mit Menthol- und Europhen- oder Natr. bicarbonicum-Einspritzungen behandelt. Sehr gute Erfolge wurden bei Bronchiektasie erzielt; Salol, Europhen und Myrtol kamen zur Anwendung. In vielen Fällen lernten die Patienten, sich selbst die Injectionen zu machen. Es wurden Glas- und Metallspritzen verwendet.

Autoreferat.

15) **Grelet. Die Bromaethylnarkose und ihre Verwendung in der Oto-Laryngologie. (De l'anesthésie par la bromure d'éthyle, ses application en Oto-laryngologie.)** *Thèse de Paris. 1894.*

G. giebt eine allgemeine Uebersicht über die Anwendung dieses Anaestheticums besonders bei Operationen in Kehlkopf und Nase. Der Aufsatz enthält nichts besonders Erwähnenswerthes.

A. CARTAZ.

b. Nase und Nasenrachenraum.

16) **Fraser** (Dublin). **Ein Lobus olfactorius impar. (Lobus olfactorius impar.)** *Dublin Journal of Med. Scienc. Juni 1894.*

Eine rein anatomische Mittheilung; zur Discussion sprachen Symington und Haddon.

P. MC BRIDE.

17) **Baumgarten. Verdoppelung der vorderen Nase: zwei knorpelige Nasenscheidewände und drei Nasenlöcher. (Nez anterieur double: deux cloisons cartilagineux et trois narines.)**

Bericht über einen Fall von Missbildung durch Entwicklungshemmung bei einem 8 Wochen alten Mädchen. Man sieht an der verbreiterten Nase drei Nasenlöcher von etwa gleichen Dimensionen, zwei nach unten zu rechts und links und und ein unregelmässiges vorn und oben.

E. J. MOURE.

18) **D. B. Delavan. Der Einfluss intranasaler Zustände auf äusserliche Affectionen der Nase. (The influence of intra-nasal conditions upon external affections of the nose.)** *Americ. Medico-Surgical Bulletin. 15. Januar 1894.*

Die ausserordentliche Lebhaftigkeit der nasalen Circulation im Verein mit einer etwa vorhandenen besonderen Reizbarkeit können entschieden auch auf den äusseren Zustand der Nase von Einfluss sein.

Verf. führt eine Reihe von Fällen von recidivirendem Gesichtserysipel, besonders bei jungen Mädchen, auf, die von nasalen Störungen verursacht waren.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

19) **H. Helbing** (Nürnberg). **Zur Behandlung der „erfrorenen Nase".** *Therap. Monatsh. 1894. Januar.*

H. wendet einen mässig starken constanten Strom an, indem er die beiden Pole an die Seitenflächen der Nase anlegt und 5—10 Minuten streichend hin- und herbewegt. 15—30 Sitzungen sind zur Heilung nöthig.

A. ROSENBERG.

20) **W. S. Gottheil. Rhinophym. (Rhinophyma.)** *International Journal of Laryngology. Januar 1894.*

G. berichtet über einen Fall, bei dem die Deformität eine sehr erhebliche war. Ein Versuch, das Aussehen des Patienten auf operativem Wege zu verbessern, schlug fehl.

W. J SWIFT (LEFFERTS).

21) **S. K. Ellison** (Adelaide, Australien). **Eine Operation wegen eingesunkener Nase. (Operation for depressed nose.)** *Lancet. 17. Februar 1894.*

Verf. legt die Bilder einer Patientin vor, die wegen Depression des Nasenrückens operirt wurde. Nachdem eine Incision in der Mittellinie der Nase angelegt war, wurde eine perforirte Goldplatte eingelegt und die Haut über derselben sorgfältig vernäht. Die Besserung war eine augenscheinliche und die Pat. versichert jetzt, 7 Jahre später, dass ihr das Tragen der Platte keinerlei Störungen verursacht habe.

MACKENZIE-JOHNSTON.

22) **v. Hacker** (Wien). **Rhinoplastik mit Verwendung eines mit Periost-Knochenspange versehenen Stirnlappens.** Demonstrirt in der Sitzung der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien vom 23. Februar 1894. — *Wiener klin. Wochenschr. 1894. No. 9.*

Der Fall wurde vor 2 Jahren operirt und zeigt noch keine Schrumpfung.

CHIARI.

23) **W. E. Fitch. Ein Fall von complicirter Fractur mit Depression des Nasenbeins, des Nasenfortsatzes, des Oberkiefers, der Spina nasalis und des Proc. nasalis des Stirnbeins, der Crista Galli und der Lamina cribriformis des Siebbeins mit Verletzung der rechten vorderen Stirnwindung. (A case of compound, depressed fracture of the nasal bones, nasal process of the superior maxillary, nasal spine and nasal eminence of the frontal, crista galli and cribriform plate of the ethmoid bones, involving the right anterior convolution of the brain.)** *North Caroline Med. Journal. Mai 1894.*

Die Verletzung kam bei der Explosion eines Geschützes zu Stande; der Patient kam schliesslich zur Heilung. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

24) **W. van der Heide** (Amsterdam). **Ein Fall von Nasenverwundung. (Een geval van verwonding van den neus.)** *Werken van het Genootschap f. C. v. Natuur-, Genees- en Heelkunde. Serie II. Th. I. H. 6. Blatt 5. S. 130.*

Selbstmordversuch. Eine Revolverkugel war oberhalb der Nasenwurzel eingedrungen. Augenblickliche vollständige Blindheit links und Blutung aus Nase und Ohr. Die Kugel wurde in der Wunde nicht gefunden, erregte aber später eine linksseitige fötide Naseneiterung. In der Nase bedeutende Schleimhautschwellung. Erst nach Cauterisation der umgebenden Schleimhaut gelingt es, an die Kugel zu kommen, welche oberhalb der mittleren Muschel eingekeilt war. Extraction mit der Zange. Später wurde von derselben Stelle ein Sequester entfernt. Da an den Gesichtsknochen keine Depression nachweisbar ist, muss die Kugel offenbar in die Augenhöhle eingedrungen und durch die Papierplatte des Siebbeins in die Nase gerathen sein. Die Kugel wird demonstrirt. Dr. Kuiper beleuchtet den ophthalmologischen Gesichtspunkt des Falles. H. BURGER.

25) **P. J. Mink** (Amsterdam). **Der gegenwärtige Stand der Lehre von den nasalen Reflexen. (Den stand van de leer den nasale reflexen.)** *Geneeskundige courant. 1894. No. 1, 2, 6.*

Für weitere ärztliche Kreise bestimmte Besprechung von den nasalen Reflexkrankheiten, namentlich dem Asthma, dem Nasenhusten und dem Kopfschmerz. Anregung, häufiger als jetzt geschieht, das Nasenspeculum zu gebrauchen.

H. BURGER.

26) **J. A. Thompson. Nasale Reflexe. (Nasal reflexes.)** *Med. Age. 25. Mai 1894.*

Der Verf. führt ein paar von den zahllosen Symptomen auf, die auf jene Ursache zurückgeführt werden können. — Nichts von besonderem Interesse.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

27) **F. Kjelman** (Stockholm). **Epileptiforme Anfälle durch Veränderungen in den Nasenhöhlen hervorgerufen. 2 Fälle.** *Berliner klin. Wochenschr. 1894. No. 13.*

Der erste Fall betraf einen 12jähr. Knaben, der seit 2 Jahren an epileptiformen Anfällen litt. Nach mehrfacher Cauterisation der geschwollenen unteren Muscheln blieben die Anfälle bis jetzt, 3 Jahre lang, aus. Im zweiten Fall waren die Anfälle eingeleitet durch asthmatische Erscheinungen; bei dem 6jähr. Knaben fand sich eine Schwellung der rechten unteren Muschel. Das linke Nasenloch war frei. Der Knabe hatte aber die Gewohnheit, im Schlaf den linken Daumen im Munde zu halten und mit den anderen Fingern der linken Hand das linke Nasenloch zu verschliessen. Nachdem man ihn daran gehindert und die rechte untere Muschel geätzt hatte, verschwanden die Anfälle. LANDGRAF.

28) **Sargent J. Snow. Halbseitiger Kopfschmerz und andere neuralgische Affectionen des Kopfes geheilt durch intranasale chirurgische Eingriffe. (Hemicrania and other neuralgic affections of the head relieved by intranasal surgery.)** *N. Y. Med. Journal. 31. März 1894.*

S. theilt vier Krankengeschichten mit zur Stütze der Anschauung: dass es eine gewisse Anzahl von Fällen giebt, die zu heilen oder zum mindesten zu bessern sind durch eine zweckmässige Behandlung von Druck- und Contactzuständen in der Nase. LEFFERTS.

29) **Seth. H. Bishop. Eine neue und erfolgreiche Therapie des Heufiebers. — Aerztliche Anschauungen über dasselbe. (A new and successful treatment of hay fever — the views of the profession)** *Philad. Med. News. 24. Februar 1894.*

B. sagt: „Ich habe eine Säuretherapie des Heufiebers versucht; d. h. ich suchte die Blutalkalescenz herabzusetzen und den entsprechenden Harnsäureüberschuss in der Zeit von Mitternacht bis Mittag zu verhüten, weil, wenn die Anfälle in dieser Hälfte des Tages unterdrückt wurden, die Patienten auch die übrige Zeit verschont blieben. Ich erreichte dieses Ziel durch die Darreichung von Mineralsäuren; nach Bence Jones erzielt man mit Acidum citricum (Citronensaft) denselben Effekt. Der Erfolg übertraf meine Erwartungen. Soweit der Einzelne durch eigene Erfahrung ein Urtheil erlangen kann, ist die Anti-Harnsäure-Therapie, die ich angegeben habe, ein voller Erfolg. Die auflösende Wirkung des salicylsauren und phosphorsauren Natriums auf Harnsäure macht diese beiden Mittel zu den geeignetsten und die Harnsäureausscheidung aus dem Körper am ehesten beschleunigenden.

Zur localen Therapie eignete sich nach Angabe meiner Patienten am besten der Gebrauch eines Inhalators, den man in der Tasche tragen kann; derselbe enthält eine 20 proc. Lösung von gleichen Gewichtstheilen Campher und Menthol. Diese Mischung wirkt besänftigender als Menthol allein und reizt auch nicht, wie es Mentholcrystalle nach einiger Zeit stets thun. LEFFERTS.

30) **M. D. Lederman. Asthma als Folge nasaler Reizung mit zwei Krankengeschichten. (Asthma consequent to nasal irritation with report of two cases.)** *N. Y. Policlinic. 15. Mai 1894.*

Das Asthma ist wahrscheinlich durch einen krankhaften Zustand des Sympathicus-Nervensystems bedingt; das Experiment erweist, dass nasale Reizungszustände eine praedisponirende Ursache für das Entstehen asthmatischer Symtome abgeben. L. berichtet über 2 Fälle von Enchondrom der Nasenscheidewand mit Hypertrophie der unteren Muschel; in beiden Fällen verschwanden die asthmatischen Beschwerden nach Beseitigung der nasalen Störung.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

31) **Bayer. Glykosurie nasalen Ursprungs. (Glycosuria of nasal origin.)** *Phil. Med. News. 18. Mai 1894.*

Verf. beobachtete einen Fall von Verschluss der Nase mit verschiedenen trophischen Symptomen und mit Glykosurie, in dem diese Symptome verschwanden, sobald die Verstopfung der Nase behoben war. Das Auftreten der Glykosurie in Fällen dieser Art lässt sich mit der verminderten Oxydation und der gestörten Circulation in Folge von Störung der Respiration und mit einer Reflexwirkung auf die Medulla oblongata in Zusammenhang bringen. LEFFERTS.

32) **W. C. Posthumus Meyes** (Amsterdam). **Ein Fall von hysterischer Neurose post Influenzam bei einem Kinde. (Een geval van hysterische neurose by een kind na influenza.)** *Ned. Tijdschr. van Geneeskund. 1894. I. No. 15. S. 537.*

Pat., ein 13jähr. Knabe, bekommt in der Reconvalescenz von Influenza heftige Nieskrämpfe, welche nur bei Tage, dann aber fast unaufhörlich auftreten. Keine Coryza. Nur leichte Schleimhauthyperämie der linken Nasenhälfte. Berührung dieser Partie mit der Sonde, auch die blosse Berührung des linken Nasenflügels, löst augenblicklich Nieskrämpfe aus.

Nach 14 Tagen Verminderung der Niesattaquen, jetzt aber anfallsweises Auftreten von Glottiskrampf.

Die Anfälle können durch leichten Druck auf den Kehlkopf hervorgerufen werden und lassen in der Nacht vollständig nach. Die Behandlung besteht nach Henoch im inneren Gebrauch von Chloralhydrat und Solutio Fowleri. Nach 4 Tagen nahmen die Anfälle an Zahl und Heftigkeit ab und es folgte bald vollkommene Heilung. H. BURGER.

33) **S. R. Hermanides** (Tiel). **Beziehungen zwischen dem Systema genitale und dem Systema respirationis. (Verband tusschen het systema genitale en het systema respirationis.)** *Geneesk. Courant. 1894. No. 22, 23, 24.*

Coryza ist oft die Folge von Coïtus oder Masturbation.

H. beobachtete 3 Fälle von „Asthma sexuale“ und 4 Fälle von wahrscheinlich (?) sexueller Pneumonie. H. BURGER.

34) **A. Schloss. Ein Fall von Asthenopie als nasaler Reflexstörung. (Case of asthenopia due to nasal reflexes.)** *Pacific Med. Journal. Januar 1894.*

Nach Abtragung der hypertrophischen unteren Muscheln und einer Spina am Septum war die Asthenopie gehoben. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

35) **R. C. Myles. Die Nase und die Asthenopie. (The nose and asthenopia.)** *N. Y. Med. Record. 13. Januar 1894.*

M. hat oft bei Patienten, die ihn nasaler Störungen wegen consultirten, Asthenopie angetroffen und wenn er diese Leute zum Augenarzt schickte, so kamen sie wiederholt mit dem Bescheide zurück, dass an den Augen nichts Abnormes vorliege. Druck auf die Nerven durch Tumoren oder Gewebshypertrophie in den Nasenwegen kann sicherlich Augensymptome hervorrufen; trotzdem aber wurden viele Fälle unnöthigerweise operirt, denn nicht in allen Fällen sind es die Nasenstörungen, die die Augenerscheinungen hervorrufen. LEFFERTS.

36) **C. R. Oatman. Krankengeschichten zweier Fälle von Myosis narium mit Ausgang in Heilung. (Report of two cases of myosis narium with recovery.)** *Med. Mirror. Februar 1894.*

Bei einem Fall wurden über 100 Maden durch Chloroform aus der Nase entfernt, beim andern über 60. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

37) **G. Didsbury. Untersuchungen über Nasensteine. (Étude des rhinolithes.)** *Thèse de Paris. 1894.*

Nach Zusammenstellung der bereits bekannten Fälle berichtet Verf. über einen neuen Fall von Rhinolithenbildung ohne Grundlage eines Fremdkörpers; er bespricht die gewöhnliche Zusammensetzung der Steine. A. CARTAZ.

38) **E. J. Moure. Spontane Rhinolithen; die Nothwendigkeit ihrer histologischen und chemischen Untersuchung. (Des rhinolithes spontanées. Nécessité de pratiquer l'examen histologique et chimique.)** *Revue de Laryngologie. No. 4. 1894.*

Verf. giebt einen geschichtlichen Ueberblick über die Frage der Nasensteine. Er hält dieselben stets für secundäre Bildungen, wenn sie sich auch nicht immer um einen harten Fremdkörper herum entwickeln; es genügt eine einfache eingetrocknete Schleimflocke, um Anlass zur Incrustation mit Kalksalzen zu geben. Verf. berichtet über einen Fall, in dem die Kalkablagerung um ein Blutgerinnsel vor sich ging und daraus schliesslich ein richtiger Fremdkörper entstand.

Autoreferat.

39) **Geo. F. Keiper. Ein Kirschstein in der Nase (Rhinolith) und seine Entfernung. (A cherry stone in the nose. Rhinolith. Removal.)** *N. Y. Medical Journal. 6. Januar 1894.*

Seit 15 Jahren litt der Patient an einem Nasencatarrh, der ihm viele Beschwerden und viele Kosten verursacht hat, ohne dass er Erleichterung fand. Der Pat. gab an, dass ihm noch Niemand in die Nase geschaut, sondern Jeder an ihm empirisch herumgedoctort habe. In der linken Nasenseite stiess die Sonde in der hinteren Hälfte auf einen harten Körper, der sich mit der Sonde nicht dislociren liess. Mit einer schweren Nasenzange wurde die fremde Masse zerdrückt und ein paar Stücke davon extrahirt. Der Rest war noch so gross, dass er sich nach vorn durchaus nicht herausbringen liess; dieses Stück wurde deshalb nach dem Rachen zu gedrängt und durch den Mund ausgehustet. Die Nase war während des Ein-

griffs natürlich cocainisirt. Das Ganze stellte einen Nasenstein dar, der in seiner grössten Ausdehnung $^3/_4$ Zoll lang, $^1/_2$ Zoll breit und nahezu $^1/_2$ Zoll dick war. Beim Zerbrechen des Steines fand sich in seinem Centrum ein Kirschkern, um denselben Kalkablagerung.

LEFFERTS.

40) **W. H. Wakefield. Nasensteine. (Nasal calculus.)** *Charlotte (N. C.) Med. Journal. Februar 1894.*

Eine Krankengeschichte; der Stein wurde vor der Herausnahme mit der Zange zerquetscht.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

41) **H. Knapp. Entfernung von Sequestern und einem Zahn aus dem Nasenboden. (Removal of sequestra and a tooth from the floor of the nose.)** *Archives of Otology. Januar—April 1894.*

Der Patient, ein Knabe von 7 Jahren, hatte eine nekrotische Rhinitis und acute purulente Otitis auf der linken Seite, dabei gleichzeitig eine Hypertrophie der rechten Mandel. Der untere linke Nasengang war mit schleimig eitrigem Sekret und mit weichen und härteren absterbenden Gewebsmassen verstopft. Unter den Sequestern, die aus demselben entfernt wurden, waren zwei verdächtiger Natur. Der eine, flach und hart, stammte aus der linken Seite von der Wand des Antrum; der andere, der aus dem vorderen Theil des Nasenbodens entfernt wurde, umschloss einen Zahn, dessen Krone nach vorn und oben umgebogen erschien. Der Sequester war 15 mm lang und schien ein Stück vom Oberkiefer zu sein. Der Zahn war ein seitlicher Schneidezahn mit gesunder und normal geformter Krone.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

42) **H. Allen. Nasensteine. (Rhinoliths.)** *Internat. Medical Magazine. April 1894.*

Von der Thatsache abgesehen, dass kleine Fremdkörper in der Nase die Ablagerung von Salzen begünstigen können, ist über die Aetiologie der Nasensteine wenig bekannt. Echte Rhinolithen sind aber zu trennen von den mehr oder weniger mit abgelagerten Salzen incrustirten Fremdkörpern. Sie bilden sich gern in verengerten Nasenwegen; doch müssen ersichtlich noch andere Ursachen bei ihrer Bildung mitspielen; andernfalls würde man sie öfter antreffen. A. berichtet über zwei von ihm beobachtete Fälle.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

43) **M. D. Ledermann. Eiterung des Mittelohrs verursacht durch das Vorhandensein einer Kaffeebohne in der Nase. (Suppuration of the middle ear due to a coffee bean in the nose.)** *N. Y. Med. Record. 14. April 1894.*

Das fast sofortige Nachlassen des Ausflusses aus dem Ohre nach der Beseitigung der reizenden Ursache veranschaulicht von neuem die Bedeutung gründlicher Untersuchung der Nase und des Nasenrachenraums in allen Fällen von Ohrenerkrankung.

LEFFERTS.

44) **Archaeologica Medica.** *Brit. Med. Journal. 21. April 1894.*

Eine Erinnerung an die Thatsache, dass Francis II., der Gatte von Maria, Königin von Schottland, postnasale Geschwülste mit secundärer Otitis media und schliesslich eitrige Meningitis hatte.

ADOLPH BRONNER.

45) **Castex u. Malherbe** (Paris). **Untersuchungen über die der Exstirpation von adenoiden Wucherungen folgende Körperentwickelung. (Recherches sur la croissance post opératoire dans les tumeurs adénoides.)**

Um festzustellen ob wirklich und bis zu welchem Grade die Exstirpation der adenoiden Wucherungen bei jüngeren Leuten eine weitere Körperentwickelung zur Folge haben kann, haben die Vff. bei den zu operirenden Kindern das Gewicht und die Höhe des Körpers, sowie den Brustumfang in der Höhe der Warzen gemessen. Durch erneute Messungen im 3., 6., 9. und 12. Monate nach der Operation haben die Vff. eine Tabelle der postoperativen Körperentwickelung erlangt, welche mit den von Quetelet und Pagliani angefertigten Tabellen der normalen Entwickelung verglichen, beweist, dass das Wachsthum während den der Operation folgenden Monaten bedeutend erhöht ist. LUC.

46) **O. B. Douglas. Der relative Werth physikalischer Symptome bei der Diagnose von Hypertrophie der Nasenmuscheln und Schwellung der Rachentonsille. (Relative importance of physical signs in the diagnosis of disease. Hypertrophy of the turbinate bones. Enlarged pharyngeal tonsil.)** *Internat. Clinics. Vol. IV. 3. Serie. p. 328.*

Eine klinische Vorlesung, in der D. die obengenannten Krankheiten bespricht. Nichts Neues. LEFFERTS.

47) **N. S. Roberts. Adenoide Wucherungen bei kleinen Kindern. (Adenoids in young infants.)** *N. Y. Eye and Ear Infirmary Reports. Januar 1894.*

R. giebt eine allgemeine Uebersicht über diese Frage; er ist nicht für Anwendung eines Anästheticums bei der Operation dieser Fälle.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

48) **F. Huber. Adenoide Vegetationen bei kleinen Kindern. (Adenoids in infants.)** *Archives of Pediatrics. Januar 1894.*

Die adenoiden Wucherungen sollen ausserordentlich selten sein bei Kindern unter 1 Jahr. H. hat aber im vergangenen Jahr 6 Fälle bei Kindern unter 6 Monaten beobachtet; das Hauptsymptom ist die Schwierigkeit beim Schlucken.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

49) **J. W. Farlow. Hypertrophie im Nasenrachenraum in späteren Jahren. (Hypertrophy in the post-nasal space after childhood.)** *Boston Medical and Surgical Journal. Januar 1894.*

Verf. hält diesen Zustand für sehr verbreitet und meint, dass er oft vorhanden ist, ohne dass die Patienten es wissen. Er glaubt nicht an die Tendenz der Adenoidgeschwülste, in den Pubertätsjahren zu atrophiren und will zahlreiche Fälle von nasaler Verstopfung auch beim Erwachsenen auf die Anwesenheit adenoider Wucherungen zurückführen. Infolge der Congestion und Hypertrophie im Post-Nasal-Raum erkranken die Ohren und die Taubheit hat oft hierin ihre Ursache.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

50) **Marchandé. Die adenoiden Vegetationen des Rachens. (Des tumeurs adénoides du pharynx nasal.)** *Rev. gen. de chir. et thérapeut. 14. Februar 1894.*

Eine einfache Uebersicht über den Stand dieser Frage mit besonderer Rücksicht der consecutiven Missgestaltungen der Kiefer und der Zähne. LUC.

51) **C. C. Rice. Mässige Schwellung des adenoiden Gewebes im Rachengewölbe und seine Entfernung. (Moderate enlargement of adenoid tissue in the pharyngeal voult and its removal.)** *Archives of Pediatrics. Januar 1894.*

Eine klinische Vorlesung. Nichts Neues. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

52) **C. H. Knight. Ein Fall von Torticollis nach Entfernung adenoider Wucherungen aus dem Nasenrachenraum, mit Bemerkungen über Nasenreflexe. (Case of torticollis following removal of adenoids of the rhino-pharynx, with remarks on nasal reflexes.)** *American Medico-Surgical Bulletin. 15. März 1894.*

Die Patientin war ein 9jähriges Mädchen; die adenoiden Vegetationen waren mit der Gottstein'schen Curette entfernt worden. 20 Stunden nach der Operation traten die Erscheinungen des Torticollis ein, das Gesicht war der rechten Schulter zugewendet. Die Drehung und Beugung des Kopfes war schmerzlos, dagegen verursachte die Extension Beschwerden und man fand eine schmerzempfindliche Stelle links neben den Halswirbeln. Innerhalb 10 Tagen verschwand die Rigidität und auch die andern Folgen der Operation. Die einfachste Erklärung für die Erscheinung des Torticollis ist die, dass Nervenfasern in der Schleimhaut verletzt waren und eine reflectorische Reizung der bei der Kopfdrehung thätigen Muskelfasern verursacht hatten. Man kann diesen Zufall vermeiden, wenn man sich gegenwärtig hält, dass die Schicht hyperplastischen lymphoiden Gewebes an der hinteren Rachenwand nach abwärts zu immer dünner wird; man muss deshalb bei der Entfernung dieser sogen. Vegetationen die Zange oder Curette relativ oberflächlich führen. Verf. empfiehlt vor dem Gebrauch der Curette mit dem Fingernagel die hintere Rachenwand von unten nach oben abzuschaben.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

53) **J. M. Ray. Adenoide Geschwülste im Nasenrachengewölbe mit besonderer Betonung ihres Einflusses auf die Ohrenerkrankungen der Kinder. (Adenoid growths in the dome of the naso-pharynx with particular emphasis upon their influence on ear diseases of childhood.)** *Amer. Practitioner and News. 19. Mai 1894.*

Die Mehrzahl der Fälle von nasaler Verstopfung bei Kindern sind durch adenoide Wucherungen im Nasenrachenraum bedingt und ebenso sind die recidivirenden Schmerzen im Ohr, sowie die eitrigen Ausflüsse der Ohren von diesen abhängig. Auch zahlreiche Ohrenkrankheiten der Erwachsenen ebenso wie der sogen. postnasale Catarrh sind die Folge von adenoiden Vegetationen, die in der Jugend nicht behandelt wurden. Diese Wucherungen atrophiren zwar augenscheinlich mit dem Aelterwerden, schwinden aber niemals ganz, sondern lassen fibröse Stümpfe und Adhäsionen der Eustachischen Tuben zurück.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

54) **O. Chiari** (Wien). **Ueber die Operation der adenoiden Vegetationen.** Vortrag gehalten am XI. internat. Congress zu Rom. — *Wiener klin. Wochenschr. 1894. No. 23.*

Vgl. p. 56 dieses Bandes. CHIARI.

55) **Castex. Technik und Resultate der Operationen wegen adenoider Rachengeschwülste. (Technique et résultats opératoires dans les tumeurs adénoides du pharynx.)** *Méd. mod. 21. Februar 1894.*

Nichs Neues. LUC.

56) **W. E. Briggs. Ein Fall von schwerer Blutung nach der Operation adenoider Vegetationen. (Case of severe hemorrhage after operation for adenoid vegetations.)** *Occidental Med. Times. März 1894.*

Patientin war 22 Jahre alt. Die Blutung begann 1 Stunde nach der Operation und dauerte 2 Stunden. Die Nase wurde von vorn und hinten tamponirt, worauf die Blutung stand. Eine Zeitlang nach der Tamponade floss Blut aus den Thränenpunkten, ein Beweis für die Stärke des Blutdrucks.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

57) **W. G. Holloway** (London). **Die Wahl eines Anaestheticums für die Entfernung adenoider Wucherungen aus dem Nasenrachenraum. (The choise of an anaesthetic for removal of naso-pharyngeal adenoids.)** *Brit. Med. Journ. 13. Januar 1894.*

In einem Briefe an den Herausgeber empfiehlt H. den Gebrauch des Stickstoffoxydulgases. MACKENZIE-JOHNSTON.

58) **Dykes Bower** (Gloucester). **Die Wahl eines Anaestheticums bei Operationen zur Entfernung postnasaler adenoider Geschwülste. (The choice of an anaesthetic in operations for the removal of post nasal adenoid growths.)** *Brit. Med. Journal. 5. Mai 1894.*

B. empfiehlt Chloroform und will die Operation begonnen haben, sobald der Augenreflex erloschen ist. Müssen die Mandeln auch excidirt werden, so soll man dies zuerst und ohne Narkose thun, während der Pat. auf dem Stuhle sitzt. Die Mandeln können mit einer 5procentigen Cocainlösung gepinselt werden. Sobald die Blutung aufhört, also nach 3—4 Minuten, können die adenoiden Wucherungen entfernt werden; dazu wird der Pat. zurückgelehnt.

ADOLPH BRONNER.

59) **S. J. Taylor. Die Wahl eines Anaestheticums bei Operationen von adenoiden Vegetationen. (The choice of an anaesthetic in operations upon adenoid vegetations.)** *Brit. Med. Journal. 15. Mai 1894.*

Verf. empfiehlt, die Tonsillen und Vegetationen nicht in einer Sitzung zu entfernen. Er entfernt zuerst die Tonsillen und 2—3 Wochen später die Vegetationen. Er benutzt immer Chloroform. ADOLPH BRONNER.

c. Mundrachenhöhle.

60) **Bayer** (Brüssel). **Fall von recidivirendem Lippenpemphigus. (Un cas de Pemphigus récidivant des lèvres.)** *La Clinique. No. 6. Februar 1894.*

Hartnäckiger Blasenausschlag mit nachfolgender Krustenbildung auf der

Unterlippe einer Hysterica, welcher während einer 2jährigen Beobachtung und Behandlung auf dem Status quo ante verharrt. **BAYER.**

61) **T. Broes van Dort** (Rotterdam). **Ein Fall von Baelz'scher Krankheit. (Een geval van Baelz'sche ziekte.)** *Ned. Tijdschr. v. Geneeskund. 1894. I. No. 5. S. 141. Dermat. Zeitschr. I. Heft 3. 1894.*

v. D. behandelte einen Fall von der von Unna (Monatsch. f. prakt. Dermatologie, XI, No. 7, S. 317, cf. Centralblatt, S. 558) als Baelz'sche Krankheit beschriebenen Affection. Die 30jährige Patientin bekam im August 1893 nach einer acuten Darmkrankheit ein Ulcus an der oberen Lippe, welches unter Carbolvaselin in 6 Wochen heilte. Unmittelbar entstand neben der Narbe ein neues Geschwür. Dasselbe war im November $1^1/_2$ cm lang, 1 cm breit, 1 cm tief, hatte rothe scharfe, zum Theil ein wenig unterminirte Ränder und einen mit eitriger Substanz bedeckten Boden. Kein Schmerz, weder bei Druck, noch spontan; keine Neigung zu Blutung. Die Umgebung war infiltrirt. Keine Lymphdrüsenschwellung. v. D. macht die Differentialdiagnose gegen Syphilis, Tuberculose, Krebs und Ulcus molle. Unter täglichen Pinselungen mit Tinctura jodi heilte der Fall in 4 Wochen.

H. BURGER.

62) **Murray** (Liverpool). **Hasenscharten-Naht. (Hare lip suture.)** *Lancet. 28. April 1894.*

M. beschreibt und empfiehlt die von Edmund Owen (Lettsomian Lecture 1890) angegebene Methode; er hält die Knopfnaht für sehr zweckmässig.

ADOLPH BRONNER.

63) **von Bonsdorff** (Helsingfors). **Ein Beitrag zur Kenntniss von dem Vorkommen der Actinomycosis hominis in Finland. (Ett bidrag til kännedomen om förekomst af actinomycosis hominis i Finland.)** *Finska Läkaresällskapets Handlingar. 1894. No. 4.*

Unter den 6 in der Arbeit mitgetheilten Fällen sind 3 von Actinomycose in Form von Abscessbildungen, die nach einer Zahn-Caries sich entwickelt hatten. Heilung nach Incision und Auslöffelung. **SCHMIEGELOW.**

64) **Karl Koch** (Nürnberg). **Weitere sechs Fälle von Actinomycosis hominis aus Nürnberg und Umgebung.** *Münchner med. Wochenschr. No. 8 und 9. 1894.*

Unter den mitgetheilten Fällen betrifft einer die Unterlippe, einer die rechte Wange und den Unterkiefer; in einem dritten Falle handelte es sich um Erkrankung der linken Unterkiefergegend, die von Kieferklemme, Entzündung des weichen Gaumens, der Tonsille und der Parotisgegend links begleitet war. In einem vierten Fall war die Gegend zwischen Zungenbein und Kehlkopf ergriffen.

SCHECH.

65) **Jost. Zur Phosphornekrose.** *Beitr. z. klin. Chirurgie. XII. Bd. 1. Heft. 1894.*

J. theilt 18 (resp. 19) Fälle von Phosphornekrose aus der Heidelberger chirurgischen Klinik mit. Von diesen starben 2 an Schluckpneumonie, 1 an Gehirn-

erscheinungen, 11 wurden definitiv geheilt, von den übrigen war der Ausgang nicht bekannt. An diese Krankengeschichten schliesst J. eine Reihe von interessanten allgemeinen Bemerkungen an über Häufigkeit der Phosphornekrose in Zündholzfabriken, deren Betrieb er selbst studirt hatte. Bezüglich der Therapie spricht sich J. dahin aus, dass je früher und je radikaler operirt wird, um so raschere und vollkommenere Heilung zu erwarten sei. SEIFERT.

66) **Becker** (Bonn). **Zur Lehre von den gutartigen centralen Epithelialgeschwülsten der Kieferknochen.** *Arch. f. klin. Chirurgie. 47. Bd. 3. 4. 1894.*

Zwei (resp. drei) in der Bonner chirurgischen Klinik beobachtete Fälle von multiloculärem Cystom des Unterkiefers veranlassten B., eine zusammenhängende Darstellung der Pathogenese, des pathologisch-anatomischen Befundes, der Krankheitserscheinungen und der einzuschlagenden therapeutischen Maassregeln bei dieser ausserordentlich seltenen Erkrankungsform zu geben. Im Anschluss daran berichtet er über einen interessanten Fall, der auf Grund der histologischen Untersuchung sich als nahe verwandt mit den Polycystomen erwies, nämlich ein centrales Papillom des Unterkiefers. SEIFERT.

67) **Thomalla** (Hückeswagen). **Partialresection des Oberkiefers mit Anwendung eines Blutleiters.** *Centralbl. f. Chirurgie. 5. 1894.*

Der kleine von Th. empfohlene und bei allen in der Mundhöhle und am Kiefer nöthigen Operationen anwendbare kleine Apparat soll das Hinabfliessen von Blut in den Rachen verhindern. SEIFERT.

68) **Hefelmann** (Dresden). **Ueber die Einwirkung der gebräuchlichsten Mundwässer auf die Zahnsubstanz.** *Deutsche Mediz.-Zeitung. No. 47. 1894.*

Von allen bekannten Mundwässern ist nur ein einziges absolut unschädlich, nämlich Odol, da es weder die Zähne angreift, wie Salicyl-Saccharinbenzoe-Eucalyptusmundwasser, noch die Zähne dunkel färbt, wie letzteres und die Illodin, Eau de Botot, Lohse's Mundwasser etc. SEIFERT.

69) **T. K. Hamilton** (Adelaide S. Australia). **Zahncaries. (On dental caries.)** *Australian Med. Gazette. 15. März 1894.*

In einer Discussion über die Zahncaries betonte H., dass die Mundathmung infolge von nasaler Verstopfung oder adenoiden Vegetationen den Oberkiefer in seiner Entwickelung und Ausbreitung hemmt und dass dadurch die Zähne sich übereinander drängen und gegenseitig schädigen. Das nasale Hinderniss muss schon in früher Kindheit beseitigt werden. A. T. BRADY.

70) **Wolberg** (Warschau). **Klinischer Beitrag zur Aetiologie und Dauer der Incubationszeit der Angina follicularis bei Kindern.** *Arch. f. Kinderheilkunde. XVII. 3. 4. 1894.*

Die Untersuchungen W.'s ergaben, dass die Angina follicularis zweifellos eine von Person zu Person ansteckende Erkrankung ist und dass die Incubationszeit 3—4 Tage beträgt. SEIFERT.

71) **Widal** (Paris). **Ein Fall von Angina phlegmonosa durch Bakterium coli. (Sur un cas d'angine phlegmoneuse à coli-bacille.)** *Soc. méd. des hôpitaux. 10. Februar 1894.*

Es handelt sich um einen Fall von suppurativer Angina, in dem der genannte Mikrobe in fast vollkommener Reinheit gefunden wurde. LUC.

72) **Auclair. Die Angina beim acuten Gelenkrheumatismus. (L'angine du rhumatisme articulaire aigu.)** *Bullet. méd. 18. Februar 1894.*

Eine klinische Beschreibung von im Laufe des acuten Gelenkrheumatismus beobachteten Anginen. Der Artikel ist weniger ein persönlicher Beitrag zu der Frage als eine Uebersicht über die von Lasègue und Saint Germain publicirten grösseren Arbeiten. LUC.

73) **E. Roos** (Kiel). **Ueber rheumatische Angina (Polyarthritis anginosa.)** *Berliner klin. Wochenschr. 1894. No. 25.*

R. theilt 4 Beobachtungen aus der Quincke'schen Klinik mit, in denen auf eine Angina Gelenkrheumatismus folgte. Er macht darauf aufmerksam, dass während in der englischen Literatur dieser Zusammenhang vielfach, besonders von Kingston Fowler 1880, betont sei, die deutsche Literatur darüber nur spärliche Mittheilungen enthalte. Die Franzosen, Fernet, Lasègue, kennen den Zusammenhang wohl; ebenso die Norweger. R. hält die Angina für ein Initialsymptom des acuten Gelenkrheumatismus. Er hält die Anschauung von Fiedler, dass die rheumatische Angina als erste Wirkung des mit der Athemluft in den Körper aufgenommenen Krankheitserregers sei, für zutreffend. In vielen Fällen passire das rheumatische Gift die Tonsillen ohne merkliche Reizerscheinungen, auch gäbe es wohl noch andere Aufnahmewege. Die Symptome der rheumatischen Angina weichen nicht wesentlich von denen anderer Anginen ab. Die Polyarthritis nach Angina aber reagirt häufiger schlecht auf Salicyl, hat eine Neigung, mit Exanthemen einherzugehen und zu prolongirtem Verlauf. R. hält dafür, dass das Krankheitsbild des acuten Gelenkrheumatismus durch verschiedene Krankheitserreger hervorgerufen werden kann, deren genauere von der Zukunft zu erhoffende Kenntniss eine ätiologische Trennung ermöglichen würde. LANDGRAF.

74) **Mendel** (Paris). **Ein Fall von Copaiva-Angina. (Un cas d'angine copahivique.)** *Bull. méd. 25. März 1894.*

Bei einem 22jährigen Mann erschien im Verlaufe eines allgemeinen häutigen Erythems nach Anwendung grosser Dosen von Copaivabalsam ein ähnlicher Ausschlag im Rachen mit bedeutender Anschwellung der Uvula. Auf der erkrankten Schleimhaut zeigten sich zahlreiche kleine miliare Erhebungen, die wahrscheinlich die hypertrophirten normalen Drüsen der Schleimhaut darstellten.

Bei Untersuchung des gewöhnlich mit offenem Mund athmenden Patienten fand man adenoide Wucherungen im Nasenrachenraume. Diesen schreibt der Verf. eine gewisse Rolle in der Aetiologie der Angina zu, da das Offenbleiben des Mundes schon vorher einen Zustand chronischer Congestion der Rachenschleimschleimhaut verursacht hatte und dieser vielleicht als prädisponirendes Agens für die Angina gewirkt habe. LUC.

75) **Dumont. Infectiöse Angina. (Infectious angina.)** *N. Y. Medical Record. 9. Juni 1894.*

Petroleumessenz . . .	20,0 g
Schwefeläther	5,0 g
Jodoformpulver . . .	0,5 g
Pfefferminzextract . .	XX Trpf.

MDS. Lokal zu appliciren.

LEFFERTS.

76) **Liégeois. Eine Abortivbehandlung für die abscedirende Tonsillitis. (An abortive treatment of quinsy.)** *N. Y. Med. Journal. 3. März 1894.*

Der Verf. giebt an, in 6 Fällen diese Art von Angina zwischen dem 4. und 6. Tage coupirt zu haben, und zwar durch eine combinirte allgemeine und lokale Behandlung. Beim Beginn der Erkrankung cauterisirt L. die Mandel einmal, indem er sie mit einer Lösung von Zinkchlorid 1,0 auf 20,0 Glycerin bestreicht. Der Schorf stösst sich in 48 Std. ab. Nach der Cauterisation giebt er innerlich 3 g Salol innerhalb 12 Std. Dieses wirkt als intestinales Antisepticum, antifebril und schmerzstillend.

LEFFERTS.

77) **Redactionelle Notiz. Pseudodiphtherie. (Pseudo-Diphtheria.)** *N. Y. Med. Journal. 3. Februar 1894.*

Eine kurze Notiz über einen Fall, bei dem der Hals anfangs das Bild diphtheritischer Erkrankung bot, bei dem aber eine genaue mikroskopische Untersuchung der Membran diese Diagnose ausschloss. Es bedeckten gelblich-membranöse Flecken beide Mandeln, die Uvula und den halben weichen Gaumen; rings um die Membranen waren die Gewebe geröthet, gefässreich und leicht ödematös. Die ganze Membren liess sich ablösen ohne Blutung und ohne dass sie sich unmittelbar neubildete und nach ein paar Tagen war die ganze Fläche wieder vollständig normal. Constitutionelle oder functionelle Symptome fehlten ganz. Das Eigenthümliche an dem Falle war, dass die Affection in Intervallen von 14 Tagen bis 2 Monaten nahezu 2 Jahre hindurch beständig wiederkehrte. Alle Bemühungen, die Ursache dieses Recidivirens zu erkennen und weiteren Attaquen vorzubeugen, waren vergeblich. Die einzige Veränderung, die sich erkennen liess, war die Neigung der Affection, sich nach der Zunge zu auszudehnen und im Pharynx nicht so häufig zu recidiviren.

LEFFERTS

78) **von Stein. Ein Fall von Gangraena faucium primaria.** *Monatsschrift für Ohrenheilkunde. No. 3. 1894.*

Chronisch verlaufender Fall bei einem 12jährigen Mädchen, dessen Organismus und Widerstandskraft sehr geschwächt war. Der weiche Gaumen sammt Mandeln waren total zerstört, die Knochen des Pharynx und Nasenrachenraumes lagen bloss, die Necrose setzte sich bis zur Tuba Eust. fort.

SCHECH.

79) **A. Sikkel Azn** (Utrecht). **Pharyngitis acuta.** *Medisch Weekblad. I. No. 3.*

Besprechung der Symptomatologie und Behandlung.

H. BURGER.

80) **J. W. Park. Einige praktische Punkte aus der Therapie der Ohren-, Augen-, Nasen- und Halskrankheiten. (Practical points in treating diseases of the eye, ear, nose and throat.)** *Journal Americ. Med. Assoc. 7. April 1894.*

P. empfiehlt für acute und chronische Pharyngitis Pinseln mit Argent. nitricum-Lösung (1,5 : 30,0) dreimal wöchentlich. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

81) **Herzfeld. Zur Behandlung der Pharyngitis granulosa und lateralis.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. etc. No. 5. 1894.*

Radicale Entfernung der Granula und Seitenstränge entweder mittelst eigener Scheere oder mit dem Hartmann'schen Conchotom (ursprünglich für die Resection der Nasenmuscheln bestimmt). SCHECH.

82) **Rethi** (Wien). **Disseminirte Fibrininfiltration des Rachens in Folge von Influenza.** *Wiener klin. Wochenschr. 1894. No. 1.*

In 4 Fällen beobachtete Rethi zahlreiche hirsekorngrosse, zuerst graue, dann weisse Flecke, die zu Erosionen wurden und dann bald abheilten. R. deutet sie sie als Fibrineinlagerungen in das Epithel, da sie nicht über die Schleimhaut hervorragten. Diese Flecke sassen am Velum sowohl vorne, als hinten an den Gaumenbogen, der hinteren Rachenwand und der Uvula. Gleichzeitig bestand Röthung, Schwellung und Lockerung der Schleimhaut des Kehlkopfes, Rachens und der Nase mit starker Betheiligung der Rachenmandel. Die letztere ist überdies häufig zuerst bei Influenza-Katarrh afficirt. R. weist schliesslich auf die anderen bei Influenza beobachteten Rachen- und Kehlkopf-Affectionen hin. CHIARI.

83) **Wagnier** (Lille). **Die Behandlung der leptothricischen Pharyngomykose mittelst wasserfreier Chromsäure.** *Journal des sciences médicales de Lille. 27. Januar 1894.*

Verf. räth, die kranken Theile mittelst eines an der Spitze eines Stiletts angeschmolzenen Crystalls von Acid. chromicum anhydricum leicht zu berühren. Nach einigen Applicationen dieser Art, die weder Schmerz noch sonst eine Reaction zur Folge haben, wird die Krankheit zum Verschwinden gebracht. LUC.

84) **Zarniko. Tuberculöse Rachengeschwüre.** *Münchner medic. Wochenschrift. No. 17. 1894.*

Demonstration eines Patienten mit ausgebreiteten Ulcerationen am ganzen Gaumen und am Kehlkopf; Lunge war wenig ergriffen, auch bestand keine Heredität; Jodkali verursachte Verschlimmerung. SCHECH.

85) **Philip de Santi. Die locale Behandlung tertiärer Geschwüre des Pharynx mit Cuprum sulphuricum. (A note on the treatment of tertiary ulcers of the pharynx by the topical application of sulphate of copper.)** *Lancet. 23. Juni 1894.*

Das Geschwür wird zuerst mit einer alkalischen Lösung gereinigt; dann abgetrocknet, 5proc. Cocainlösung applicirt und schliesslich ordentlich mit einer 5proc. Lösung von Cuprum sulfuricum eingepinselt. Dies wird täglich oder einen

um den anderen Tag wiederholt. Zugleich wird Jodkali bis $2^1/_2$ g täglich mit Chinin innerlich gegeben. Fünf so behandelte Fälle werden beschrieben.

ADOLPH BRONNER.

86) **O. Riegner** (Breslau). **Exstirpation eines basilaren Rachentumors nach Resection des harten Gaumens (Methode von Gussenbauer).** *Deutsche medic. Wochenschr. 1894. No. 33.*

Ausschliesslich chirurgischen Interesses. LANDGRAF.

87) **v. Felix** (Wien). **Zwei Sarcome der hinteren Pharynxwand.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. etc. No. 8. 1894.*

Die beiden Fälle betrafen einen 59jährigen Mann und einen 73jährigen Förster. Histologisch erwiesen sind beide Fälle als Spindelzellensarcome, welche stielartig der hinteren Rachenwand gegenüber den Aryknorpeln aufsassen; sie wurden mit der galvanocaustischen Schlinge entfernt. SCHECH.

88) **Weiss** (Nancy). **Ueber Krebs des Rachens. (Le cancer de l'arrière-gorge.)** *Méd. mod. 23. Juni 1894.*

Für operirbar hält Verf. den Fall, wenn die Geschwulst beweglich ist und der Region der Tonsille und des Velums angehört und andererseits die Drüseninfiltration, frei und unbeweglich, auf die retro-angularen Partien beschränkt ist. Die Operation per viam buccalem ist nur indicirt, wenn die Läsion sehr umschrieben ist und von keiner Drüsenanschwellung begleitet ist. Für diesen Fall empfiehlt Verf. die Anwendung des galvanischen Messers.

Sind die Lymphdrüsen schon infiltrirt, so ist eine künstliche Oeffnung zur radicalen Exstirpation des Neoplasmas unentbehrlich. Je nach der Ausdehnung der Läsion genügt eine Incision der weichen Theile, die vom Winkel des Mundes aus zum Kieferwinkel und dann längs des unteren Randes des Unterkiefers hinführt; genügt dies aber nicht, so schlägt der Verf. eine weitere Operation vor, die sich in folgenden Phasen abspielt:

1. Ligatur der Carotis externa;
2. die oben angegebene Incision der Weichtheile;
3. Osteotomie des aufsteigenden Theiles des Unterkiefers vor der Insertion des Masseters.
4. Exstirpation des Krebses. LUC.

89) **Gouguenheim** (Paris). **Retropharyngeale Abscesse. (Des abcès retro-pharyngiens.)** *Gaz. méd. de Paris. 24. Februar 1894.*

Eine gute Uebersicht über diese Frage; nichts Neues. LUC.

90) **A. Jefferis Turner** (Brisbane, Queensland). **Bericht über einen Fall von Retropharyngealabscess. (Note on a case of retropharyngeal abscess.)** *Intercolonial Quaterly Journal of Med. and Surgery. Mai 1894.*

Der Fall betrifft ein kleines Mädchen von 9 Monaten. Der Abscess war die Folge eines Nasenkatarrhs. Er wurde eröffnet durch eine Incision neben dem Musculus sternocleidomastoideus, woselbst sich eine Schwellung zeigte. Als man

mit der Sonde tief eindrang bis auf die Wirbelsäule, traf man auf Eiter. Der Nasenrachenraum des Kindes war von adenoiden Massen verstopft; diese wurden mit dem Fingernagel ausgeschabt. Das Kind, das bei der Aufnahme ins Spital in offenbarer Erstickungsgefahr sich befand, konnte bereits nach wenigen Tagen in gutem Zustande entlassen werden. A. T. BRADY.

d. Diphtheritis und Croup.

91) **J. H. Mc Collom. Bemerkungen über Diphtheritis. (Remarks on diphtheria.)** *Boston Med. and Surg. Journal. 1. Februar 1894.*

Nichts Neues. Verf. schildert die Methodik der bakteriologischen Untersuchung, wie sie an der Harvard Medical School gelehrt wird.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

92) **W. C. Chapman. Die Diphtherie als anfänglich locale und secundär constitutionelle Erkrankung. (Diphtheria: primarily a local, secondarily a constitutional disease.)** *Med. Progress. Februar 1894.*

Constitutionelle Symptome lassen sich verhüten, wenn in Intervallen von 2 Stunden keimtödtende Mittel applicirt werden, ehe eine Resorption der Bakteriengifte stattgefunden hat. Wasserstoffsuperoxyd, 2—5mal mit Wasser verdünnt, vermag die Bacillen unschädlich zu machen und möglicherweise zu vernichten.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

93) **H. Grant Sutton** (Sittingbourne). **Diphtherie und ihre Ursachen. (Diphtheria and its causation.)** *Lancet. 13. Januar 1894.*

Verf. glaubt eine Anzahl von Diphtheriefällen, die er in seinem District beobachtete, auf den Staub des Schuttes zurückführen zu müssen, der in grossen Mengen aus London nach dort gebracht, dort untersucht und verbrannt wird.

MACKENZIE JOHNSTON.

94) **Thorne** (London). **Aetiologie, Verbreitung und Verhütung der Diphtherie. (The etiology, spread and prevention of diphtheria.)** *Medical Press and Circular. 17. Januar 1894.*

Der im Sanitary Institute gehaltene Vortrag behandelt das Thema in ererschöpfender Form vom Standpunkt der öffentlichen Gesundheitspflege. Verf. giebt seiner Meinung Ausdruck, dass die Diphtherie in einem absolut gesunden Halse nicht eintritt. Verf. erkennt auch an, dass schlechte Canalisationsverhältnisse Halsaffectionen catarrhalischer Art verschulden können. Dadurch bereiten diese als prädisponirendes Moment der Diphtherie den Boden.

MACKENZIE-JOHNSTON.

95) **Sir George Johnson** (London). **Diphtherie und mangelhafte Canalisation. (Diphtheria and defective drainage.)**

96) **H. Charlton Bastian** (London). **Dasselbe.** *British Medical Journal. 6. Januar 1894.*

Zwei weitere Briefe an den Herausgeber über die Entstehung der Diphtherie ohne directe Infection durch Mängel des Abfuhrsystems.

MACKENZIE-JOHNSTON.

97) . . . . **Die Diphtheritis in den Vorstädten. (Diphtheria in the suburbs.)** *British Medical Journal. 17. Februar 1894.*

Ein redactioneller Hinweis auf den Mangel an Hospitälern zur Aufnahme von Infectionskrankheiten in den Vorstädten Londons. MACKENZIE-JOHNSTON.

98) . . . . . **Diphtherie im Hause. (Diphtheria in the home.)** *British Medical Journal. 24. Februar 1894.*

Die kurze Notiz beschäftigt sich mit einer Vorlesung von Dr. Newsholme; nichts Neues. MACKENZIE-JOHNSTON.

99) **John Mac Combie** (New Cross). **Die Diphtheritis in den Spitälern des Metropolitan Asylums Board. (Diphtheria in the hospitals of the Metropolitan asylums board.)** *Brit. Med. Journal. 13. Januar 1894.*

Ein Brief an den Herausgeber mit polemischen und statistischen Bemerkungen. MACKENZIE-JOHNSTON.

100) **Regli** (Bern). **Diphtheritisepidemie in Guttannen.** Vereinsbericht aus Bern. — *Corr.-Bl. f. Schweizer Aerzte. H. 2. 1894.*

Erkrankungen 20 pCt. der Bevölkerung, Todesfälle 4,6 pCt.!

Aeusserst schlechte Hygiene; beispielloser Widerstand gegen ärztliches Einschreiten; homöopathischer Dorfpfarrer!

Erstmaliges Auftreten der Diphtheritis in dem ziemlich hochgelegenen Bergdörfchen des Berner Oberlandes.

In der Discussion bemerkt Tavel, dass neuere englische Untersuchungen an Kuheutern eine pustulöse Erkrankung mit Löffler-Bacillen nachgewiesen haben; auch Katzendiphtherie sei häufig und könne eine ätiologische Rolle spielen. JONQUIÈRE.

101) **W. R. Mc Mahon. Diphtheritis oder Glosso-pharyngitis. (Diphtheria or glosso-pharyngitis.)** *Northwestern Lancet. 15. Januar 1894.*

Die Diphtherie ist nach Verf. eine Affection der Vagusnerven, die beide in ihrem ganzen Verlauf betheiligt sind. Der Bacill besitzt eine besondere Affinität zu diesem Nervenpaar, er verursacht eine Entzündung derselben; die Entzündung ergreift besonders Vagus und Glossopharyngeus, gelegentlich auch den Accessorius.

Die Bildung der Pseudomembran ist ein passiver Exsudationsvorgang, verursacht dadurch, dass an den betreffenden Stellen die Innervation der Capillaren ausfällt. Der Vorgang ähnelt dem Auftreten von Petechien auf Brust und Bauch bei Meningitis oder Typhus.

Was die Behandlung anlangt, so haben wir im Calomel ein germicides Mittel, das ähnliche Affinität zu denselben Theilen besitzt. Man soll das Calomel in Dosen von 0,06 bis 0,3 g je nach dem Alter des Patienten 5stündlich geben. Sonst ist keine weitere Therapie nöthig; natürlich sind Pflege, Reinlichkeit und gute Ernährung geboten. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

102) **F. J. Tower. Die Diphtheriediagnose. (Diagnosis of diphtheria.)** *Report of Board of Health of Wisconsin. Vol. XIV. p. 73.*

Nicht zugänglich. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

103) **Redactionelle Notiz. Discussion über die Diphtheritis. (Discussion on diphtheria.)** *New Orleans Med. and Surg. Journal. Februar 1894.*

Uebereinstimmung herrscht über folgende Sätze: die Diphtherie ist eine specifische und contagiöse Infectionskrankheit, erzeugt durch den Klebs-Loeffler'schen Bacillus. Die Mehrzahl der Fälle von Croup sind thatsächlich Diphtheritis und alle müssen dafür angesehen werden, bis in jedem Falle die Diagnose geklärt ist. Die Kennzeichnung von Häusern, in denen Diphtheriekranke liegen, ist ein Uebel, aber ein nothwendiges und im öffentlichen Interesse geboten.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

104) **L. Fischer. Kann diphtheritische Mundentzündung des Kindes durch Infection beim Saugen diphtheritische Mastitis erzeugen? (Did stomatitis diphtheritica in an infant cause mastitis diphtheritica while nursing by infection?)** *Archives of pediatrics. Januar 1894.*

F. erzählt die Krankengeschichte seines Falles und kommt zu dem Schlusse, dass das diphtherische Kind die Mutter durch eine Fissur an der Mamma beim Saugen inficirte.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

105) **O. D. Fitzgerald. Die differentielle Diagnostik zwischen folliculärer Tonsillitis und Diphtheritis. (Differential symptomatology of follicular tonsillitis and diphtheria.)** *Med. Mirror. Februar 1894.*

Nichts Neues.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

106) **W. A. Dickey. Membranöser Croup. (Membraneous croup.)** *Med. Review. 27. Januar 1894. Med. Age. 10. Januar 1894.*

Nichts von besonderem Interesse.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

107) **G. Laidlaw. Ein Fall von Diphtheritis. (Case of diphtheria.)** *Chicago Med. Times. Januar 1894.*

Eine ausführliche Krankengeschichte, die indess nichts besonders Erwähnenswerthes biete.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

108) **J. W. Washburn** and **E. W. Goodall** (London). **Ein Fall von membranöser Halsentzündung während des Scharlachfiebers. (Case of membraneous inflammation of throat during scarlet fever)** Beschrieben vor der Clinical Society of London am 23. Januar 1894. — *British Medical Journal. Jan. 20. 1894.*

Die aus der bacteriologischen Untersuchung der Membranen gezogenen Schlüsse bei diesem tödtlich verlaufenen Falle von Scharlachfieber waren, 1. dass die während des acuten Stadiums dieser Krankheit beobachtete membranöse Entzündung gewöhnlich nicht echte Diphtheritis sei, da bei derselben die Diphtheriebacillen nicht nachzuweisen sind, dass dagegen 2. die während des Reconvalescentenstadiums gesehene ähnliche Affection gewöhnlich echte Diphtheritis sei. In der Discussion schloss sich Dr. Sidney Martin dieser Ansicht an, und Mr. Godlee bemerkte, dass es practisch wichtig sei, diese Fälle richtig zu diagnosticiren, da wenn es sich bei ihnen um echte Diphtheritis handelte, ein solcher

Kranker, wenn er in ein Zimmer gebracht würde, in welchem andere reconvalescirende Scharlachkranke lägen, viele derselben inficiren könne. Bei der membranösen Halsentzündung des Scharlachfiebers dehne sich die Membranbildung nicht in den Kehlkopf aus, und recrudescire nicht wie bei der Diphtheritis nach einmaligem Verschwinden. Andererseits seien Hautausschläge bei der Diphtheritis sehr gewöhnlich; kämen sie vor, so seien sie fast immer auf den Rumpf beschränkt, und die Röthung sei eine tiefere als die des Scharlachfiebers.

Dr. Washburn fügte hinzu, dass seiner Meinung nach echte Diphtheritis beim Scharlachfieber wohl vorkommen könne, dass dies aber ein äusserst seltenes Ereigniss sei; das einzige Mittel, die richtige Diagnose zu stellen, sei die bacteriologische Untersuchung. 48 Stunden genügten, um die wahre Natur des vorliegenden Leidens entdecken zu lassen. SEMON.

109) **E. J. Brush. Die Allgemeinbehandlung der Diphtheritis. (The general treatment of diphtheria.)** *N. Y. Med. Journal. 10. Februar 1894.*

Aufgabe der Allgemeinbehandlung ist es, die Kräfte des Patienten zu erhalten, bis die Periode der Gefahr vorüber ist. An eine specifische Therapie glaubt B. nicht; die Krankheit lässt sich auch nicht auf ein einziges ursächliches Moment zurückführen. Von den so hoch gerühmten starken Mitteln ist manches durchaus nicht ungefährlich. In vielen Fällen der Krankheit war der Tod mit nichts zu verhüten, welche Behandlung man auch wählen mochte. Man soll in jeder Epidemie die allgemeinen Indicationen besonders studiren. Es ist für gute Oeffnung zu sorgen; dazu dienen Calomel und passende Klystiere, besonders wenn die Temperatur an 40° heranreicht. Tct. ferri chlorat. mit Kali chloric. erwies sich B. als das beste Medicament zum innerlichen Gebrauch. Die Nahrung sei flüssig; Alkohol wird schnell resorbirt und wieder ausgeschieden; die Kinder vertragen ihn in grossen Mengen. LEFFERTS.

110) **O. Vulpius** (Heidelberg). **Kritische Bemerkungen und praktische Erfahrungen über das Antidiphtherin Klebs.** *Deutsche med. Wochenschr. 1894. No. 6.*

V. hat auf der Heidelberger Klinik das Klebs'sche Mittel in 19 Fällen angewendet. Er giebt kurz die Krankengeschichten. Ein heilender Einfluss des Mittels liess sich nicht feststellen. In wiederholt mit dem Mittel gepinselten Membranen fanden sich wachsthumsfähige Diphtheriebacillen. Die von Klebs zum Beweise der Wirksamkeit seiner Behandlungsmethode in der Wiener med. Woch. 1893 No. 25 ff. publicirten Krankengeschichten werden einer Kritik unterzogen, die von der behaupteten Wirksamkeit nicht viel übrig lässt. LANDGRAF.

111) **Zappert** (Wien). **Ueber die Heilwirkung des Antidiphtherin.** *Wiener med. Wochenschr. 1894. No. 13, 14, 15, 16.*

Z. machte nur Versuche bei reiner Rachendiphterie der Kinder; die Klebs-Löffler'schen Bacillen wurden in allen Fällen nachgewiesen. Die Application des Antidiphtherin geschah 3mal täglich als Bepinselung der kranken Stelle und sofort darauf als leichte Betupfung der ganzen Rachenhöhle. In 15 Fällen, deren

Krankheitsgeschichten ausführlich gebracht werden, erreicht Z. 11 Heilungen bei 4 Todesfällen. Leichtere oder schwerere septische Erscheinungen im Rachen zeigten sich sechsmal. Albuminurie fand sich 6mal, Herzlähmung 1mal. Absteigender Croup 1mal. Jedenfalls kann also A. diese Complicationen nicht verhindern. Vergleichsweise wurden 10 ähnliche Diphtheriefälle des Rachens mit Jodoform und Kali chloricum behandelt und zeigten keinen Unterschied in Bezug auf Dauer oder Schwere des Verlaufes. Z. glaubt daher nicht, dass A. besser als das eben erwähnte mehr exspectative Verfahren wirkt. CHIARI.

112) **E. Klebs. Zur Beurtheilung therapeutischer Maassnahmen. Ein Beitrag zur Antidiphtherinbehandlung.** *Deutsche med. Wochenschr. 1894. No. 18.*

Polemik gegen den Vulpius'schen Artikel aus No. 6. der Zeitschrift.

LANDGRAF.

113) **P. B. Anton. Diphtheritis. (Diphtheria.)** *Times and Register. 3. Februar 1894.*

A. empfiehlt das „Diphtherine", welches aus Hydrargyr. chlorat., Con. acid. carbol., Jodoform, Acid. boracic., Acid. lactic., Pepsin und Aether zusammengesetzt und mit dem Pinsel applicirt oder durch den Inhalator eingestäubt wird. Er giebt an, mit diesem Mittel 210 Fälle von echter Diphtherie ohne einen einzigen Todesfall behandelt zu haben. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

114) **S. M. Snyder. Diphtheritis. (Diphtheria.)** *Medical World. Februar 1894.*

S. hält Citronensaft für ein Mittel, das oft beginnenden diphtherische Membranen abortiv beseitigt. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

115) **B. Z. Milner. Die Diphtheritis: ihre Ursache und Behandlung. (Diphtheria — its cause and treatment.)** *Canada Lancet. Januar 1894.*

Verf. empfiehlt das Wasserstoffoxydgas als das beste Mittel zur localen Application. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

116) **A. Weber. Mittheilungen zur Diphtheritisbehandlung. (Notes on treatment of diphtheria.)** *New Orleans Medical and Surgical Journal. Februar 1894.*

W. empfiehlt den Wasserstoffsuperoxyd-Spray alle 20 Minuten während des Tages und 1stündl. bei Nacht. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

117) **C. J. Durand. Behandlung der Diphtheritis. (Treatment of diphtheria.)** *Archives of Pediatrics. Januar 1894.*

D. behandelte 10 Fälle erfolgreich mit Terpentin 2—4 g, 4mal am Tage, im Verein mit Ferrum muriaticum und Kali chloricum. W. J. SWIFT (LEFFETS).

118) **L. E. Holt. Diphtheritis. (Diphtheria.)** *N. Y. Policlinic. 15. Januar 1894.*

Da die Erkrankung zuerst localer Natur und später erst constitutionell ist, soll man sie an den Tonsillen energisch angreifen, in der Hoffnung, sie im Weiter-

verlauf aufzuhalten. Zur örtlichen Application empfiehlt Verf. 1 Theil Salzsäure auf 2 Glycerin. Innerlich giebt H. nur Stimulantien. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

119) **E. L. B. Godfrey. Die Behandlung der Diphtheritis. (Treatment of diphtheria.)** *Med. Bulletin. Januar 1894.*

Nichts Neues. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

120) **J. E. Clark. Zehn Fälle von membranösem Croup mit therapeutischen Bemerkungen. (10 cases of membranous croup with remarks on treatment.)** *Trans. Texas Med. Society. Vol. XXV. p. 155.*

Verf. empfiehlt zum internen Gebrauch „Turpeth mineral", Calomel in grosen Dosen und Natrium hyposulfuricum. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

121) **W. A. Greet** (London). **Essigdämpfe bei Diphtherie. (Acetous vapour in diphtheria.)** *Brit. Med. Journal. 27. Januar 1894.*

Der Fall, den G. mittheilt, war eine schwere Rachen- und Kehlkopfdiphtherie; die Dyspnoe war sehr erheblich, doch wurde die Tracheotomie verweigert. Das Kind erhielt innerlich Alkohol, ausserdem wurden ihm reichlich Dämpfe von Weinessig zugeführt, besonders in der Nacht. Die Erleichterung, die diese Dämpfe verursachten, war eine sehr ausgesprochene und das Kind wurde gesund.

R. MACKENZIE-JOHNSTON.

122) **H. Dev. Pratt. Der Gebrauch von Tartarus emeticus bei Diphtheritis. (The use of tartar emetic in diphtheria.)** *N. Y. Medical Record. 10. Februar 1894.*

Der Verf. hatte mit allen früheren Behandlungsmethoden eine Mortalität der Diphtherie von 35 pCt., mit der jetzigen dagegen nur eine solche von etwa 4 pCt.

Er giebt den Patienten während der ersten 24 Stunden 0,002 g Tartarus emeticus in häufigen kleinen Dosen, während der nächsten 24 Stunden 0,004 und dann 0,006 täglich. Es kann ein wenig Opium zugesetzt werden. Das Mittel setzt die Herzthätigkeit nicht herab und beeinträchtigte auch niemals den Appetit oder die Verdauung. Am Tage nach dem Beginn dieser Behandlung hörte gewöhnlich die weitere Ausbreitung der Membran auf, dann verschwand dieselbe allmälig und auch die toxischen Symptome gingen zurück. Nie beobachtete der Verf. das Eintreten von Lähmung nach dieser Behandlung. LEFFERTS.

123) **W. W. Moon. Die Wirksamkeit der Quecksilberdämpfe bei der Behandlung der Diphtherie. (The efficacy of mercurial vapor in the treatment of diphtheria.)** *N. Y. Med. Times. Februar 1894.*

Verf. fand dies Mittel nützlich. Der Deckel einer Zinnkasserole wird mit 10—20 Löchern durchbohrt und über einer Spirituslampe unter dem Bett des Patienten aufgestellt. Dann werden etwa 2 g Calomel auf den Deckel zwischen die Löcher aufgestreut, das Bett mit einem Leintuch überdacht und der Patient in dieser Lage gehalten, bis das Calomel verdampft ist. Alle 3 Stunden wird diese Procedur wiederholt. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

124) **Piedallu. Eine neue Behandlungsmethode für pseudomembranöse Anginen und Laryngitiden. (Nouveau traitement des angines et laryngites pseudo-membraneuses.)** *Soc. de méd. prat. 1894.*

Verf. schlägt folgende Behandlungsmethode vor:

Syr. simpl.	1000 g.
Kalium jodat.	50,0.
Hydrarg. bijodat.	0,50.

Von dieser Mischung sollen die an Diphtherie erkrankten Kinder alle zwei Stunden eine nach ihrem Alter verschiedene Anzahl von Theelöffeln einnehmen, bis die gewöhnlichen Symptome des Jodismus (Coryza, Salivation) erscheinen, dann werden die Dosen allmälig vermindert. Seit 1891 hat Verf. keins von den auf diese Weise behandelten Kindern verloren. Seine Arbeit resumirt die Krankengeschichten von 40 mittelst dieser Methode erzielten Heilungen. LUC.

125) **Schmid** (Brackenheim). **Bericht über 20 Tracheotomien in ländlichen Verhältnissen.** *Medicin. Corresp.-Bl. d. Württemb. ärztl. Landesvereins. 10. 11. 1894.*

Von den 20 aufgeführten Fällen wurden 10 geheilt gleich 50 pCt. Nur 4 Fälle wurden in Privathäusern, die anderen im Bezirkskrankenhause operirt.

SEIFERT.

126) **W. K. Jaques. Die operative Behandlung der diphtheritischen Kehlkopfstenose. (Operative treatment of diphtheritic laryngeal stenosis.)** *Chicago Med. Recorder. Januar 1894.*

J. kommt zu dem Schlusse: Die Intubation ist am Platze bei Stenose durch primäre Diphtherie; bei nicht-membranöser Laryngitis; in allen Fällen unter 2 Jahren; bei der Stenose bei Masern.

Die Tracheotomie bei der secundären Stenose der malignen Diphtherie; bei der Scharlach-Stenose; in allen Fällen, wo in der Trachea Membranen sitzen.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

127) **Rabot** (Lyon). **Indicationen und Technik der Intubation beim Croup. (Indications et technique du tubage dans le croup.)** *Journ. des praticiens. 11. April 1894.*

Nichts Neues. LUC.

128) **Galatti** (Wien). **Ein Fall von Intubation durch 436 Stunden.** *Wiener med. Blätter. 1894. No. 23, 25 und 26.*

Wegen diphtheritischer Larynxstenose wurde das 20 Monate alte Kind zuerst 4 Tage und dann noch 9mal durch viele Stunden bis zu 69 in continuo intubirt, und zwar durch 20 Tage. Dann hatte das Kind noch leichte Athembeschwerden, verfiel aber mehr und mehr und starb 36 Tage nach der ersten Intubation. Die Section ergab Stenosis laryngis infolge von Decubitus mit Perichondritis des Ringknorpels, Bronchitis, Fettherz und Rachitis.

G. leitet den Decubitus nicht von dem langen Verweilen der Tube im Larynx, sondern von der geringen Widerstandskraft der Gewebe ab; er betont auch, dass

Decubitus auch bei kurzem Verweilen der Tube entstehe und auch bei Tracheotomie vorkomme. CHIARI.

129) **Galatti** (Wien). **Die Intubation in der Privatpraxis.** *Wiener med. Wochenschrift. No. 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 und 10.*

G. berichtet über 15 Fälle primärer und 4 Fälle secundärer Diphtherie, die er in der Privatwohnung der Patienten intubirte, und bringt ausführlich ihre Krankengeschichten. Er lässt den Faden nicht an der Tube, um eine Extubation von unberufener Seite zu verhindern. Die Instrumente sind die Original O'Dwyer'schen. Durchschnittlich extubirte er nach 3 Tagen; doch hängt die Dauer der Intubation von vielen Umständen ab. Verstopfen und Aushusten der Tuben kam nur einmal vor; doch trat keine Gefahr ein. Verschlucken trat selten auf; manchmal nahm G. Fütterung durch die Nasenröhre vor. Decubitus war selten. G. räth daher zur Intubation in der Privatpraxis. G. erzielte 9 Heilungen bei primärer Diphtherie, dagegen aber keine Heilung bei den 4 secundären Diphtheriefällen.

CHIARI

e. Kehlkopf und Luftröhre.

130) **Litten. Pulsirender Kehlkopf in Folge von Gefässanomalien.** *Berliner kl. Wochenschr. 1894. No. 7. Phil. Med. News. 3. Februar 1894.*

Bei der Obduction der Kranken, welche über Herzklopfen, Tachycardie, unangenehme Empfindungen im Halse, Klopfen der Halsgefässe und Pulsationen des Kehlkopfes klagte und bei welcher an dem fettlosen Halse der stark vorspringende Kehlkopf stark pulsirte, fand sich zwischen linker Carotis und linker Subclavia eine stark entwickelte Thyreoidea ima. (Die Präparate wurden im Berliner Verein für Innere Medicin in der Sitzung vom 6. November 1893 demonstrirt.)

LANDGRAF.

131) **George Meyer** (Berlin). **Mittheilung zweier Fälle von acutem Gelenkrheumatismus. Gleichzeitige Erkrankung zweier Familienmitglieder. Eigenartige Erscheinungen bei dem einen Kranken.** *Berliner klin. Wochenschrift. 1894. No. 16.*

Die Erkrankungen betrafen den 49jähr. Vater und den 5jähr. Sohn. Bei ersterem war das Crico-arytaenoidgelenk mit betroffen. LANDGRAF.

132) **C. B. Campbell. Fractur des Zungenbeins. (Fractura ossis hyoidei.)** *Times and Register. 27. Januar 1894.*

C. giebt die Krankengeschichte seines Falles. Der Patient war mit der rechten Hand am Halse gepackt worden, zwischen dem Unterkiefer und dem Schildknorpel, so dass der rechte Daumen über dem grossen Horn des Zungenbeins und der Zeigefinger über dem linken lag. Dabei war eine schnelle seitliche Compression ausgeübt worden, und zwar mit erheblichem Drncke. Der Patient hatte gefühlt, dass etwas nachgab, mit hörbarem Ton; das Schlucken machte sofort

leichte Beschwerden. Am nächsten Tage bestand ausgesprochene Dysphagie, leichter Schmerz beim Sprechen, Heiserkeit und etwas Husten. 24 Stunden nach dem Unfall erfolgte eine geringe Blutung aus dem Halse. Physikalisch war eine Beweglichkeit der Bruckstücke nachweisbar, die leicht nach oben und innen gedrängt waren; man fühlte Crepitation und es bestand eine geringe Schwellung. Der Patient vernachlässigte die Behandlung und hielt nicht Ruhe; er litt dabei aber sehr wenig. Am Ende der ersten Woche bestand bereits eine fibröse Vereinigung und nach 3 Wochen waren alle Symptome verschwunden. In der Literatur sind bisher 25 Fälle von dieser Affection bekannt. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

133) **Widenmann** (Moschi). **Völliger Verschluss des Kehlkopfausganges nach Selbstmordversuch.** *Medic. Corresp.-Blatt des Württemb. ärztl. Landesvereins. No. 22. 1894.*

Der Schnitt mit einem Rasirmesser war durch den Ringknorpel gegangen und hatte den linken Recurrens durchtrennt. Eine bindegewebige Platte, die strahlig nach der Basis der inneren Thyreoidalwand an ihrer vorderen Seite hingezogen war, trennte Larynx und Trachea. Die beabsichtigte Operation (Laryngofissur) war nicht über die prophylactische tiefe Tracheotomie hinausgekommen, da Patient bald nach dieser an Entkräftung starb. SEIFERT.

134) **W. H. Newman. Ein sehr ungewöhnlicher Fremdkörper im Kehlkopf. (A very unusual foreign body in the larynx.)** *Medical and Surgical Reporter. 20. Januar 1894.*

Der Fremdkörper, eine Sicherheitsnadel, lag quer über der Rima glottidis; die Spitze der Nadel ragte in den Oesophagus, der Verschluss in den Larynx. Die Nadel wurde mit dem Finger entfernt. W. J SWIFT (LEFFERTS).

135) **G. Brown** und **A. G. Hobes. Fremdkörper im Rachen und Kehlkopf. (Foreign bodies in the pharynx and larynx.)** *Atlanta Med. and Surg. Journ. Februar 1894.*

Einige Krankengeschichten; ohne besonderes Interesse.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

136) **Wiesmann** (Herisau). **Schuhnagel aus dem Larynx eines 10 monatlichen Kindes extrahirt.**

Litt seit 13 Wochen (!) an Athemnoth, vernachlässigt von den Eltern. Stark abgemagertes Kind. Durch Digitaluntersuchung wird der Nagel mit der Spitze nach oben im Kehlkopf gefühlt und zugleich gelockert, aber erst nach vorausgegangener Tracheotomie von oben her entfernt, da bei jedem vorherigen Versuch Erstickungsanfälle eintraten. Die grosse Inanition und eine hinzutretende (Schluck-) Pneumonie führten 7 Tage später zum Tode. Der Nagel, mit 18 mm langer Spitze und 9 mm langem Kopf, hatte sich mit letzterem in einem Taschenbande eingegraben. JONQUIÈRE.

137) **J. W. Andrews. Fremdkörper in den Luftwegen. Krankengeschichten. (Foreign bodies in the air passages. Report of cases.)** *North Western Lancet. 15. Februar 1894.*

Nichts besonders Erwähnenswerthes. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

138) **R. W. Stewart. Ein Fall von Fremdkörper in den oberen Luftwegen. (Case of foreign body in upper air-passages.)** *Pittsburgh Med. Review. April 1894.*

Der Fremdkörper war ein Stück Nussschale; einen Monat lang fehlten alle Symptome, dann erkrankte der Patient mit heftigem Husten. Es wurde die Tracheotomie gemacht und der Fremdkörper durch die Wunde entfernt.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

139) **Barlow** (Glasgow). **Eine Shawlnadel in den Luftwegen; Heilung durch Tracheotomie. (Shawl pin in air-passages — tracheotomy — recovery.)** *Glasgow Med. Journ. Mai 1894.*

Die Nadel war 7 cm lang und hatte 8 mm im Breitendurchmesser.

Es entspann sich eine Discussion über den Fall, an der sich Walker Downie, Middleton und Fleming betheiligten.

P. MC BRIDE.

140) **Douillet** (Grenoble). **Ein Fremdkörper in der Luftröhre bei einem Kinde. Auswurf desselben mit Eiter, und Tod.** *Dauphiné méd. Februar 1894.*

Der Fremdkörper (die Aehre einer Graspflanze) drang in die Luftröhre eines 16 Monate alten Mädchens Ende des Jahres 1888 ein und blieb daselbst bis zum laufenden Jahre liegen, von Zeit zu Zeit Anfälle von Fieber mit Appetitlosigkeit, sowie Husten und schleimigen Auswurf hervorrufend. Die Untersuchung der rechten Lunge ergab eine geringe Dämpfung in der Nähe des Schulterblattes, sowie eine Verminderung des respiratorischen Geräusches und einige Rasselgeräusche über der Mitte der Lunge. In der Zeit zwischen den Anfällen war der Allgemeinzustand des Kindes gut und es entwickelte sich in anscheinend vortrefflicher Gesundheit.

Am 29. Januar 1894, also 5 Jahre nach dem Eindringen des Fremdkörpers. wurde das kleine Mädchen von einem Erstickungsanfall (mit Fieber, Husten und Schmerzen in der oberen vorderen Brustgegend) ergriffen und warf zugleich mit etwa einem halben Glas übelriechenden Eiters die Aehre aus; das Kind starb gleich nachher, wohl infolge des Eindringens des Eiters in die Luftröhre.

Verf. glaubt, dass es sich um einen Abscess des Mediastinums gehandelt hat, der eine Folge des Eindringens des Fremdkörpers in den rechten Bronchus gewesen ist.

LUC.

141) **J. J. Knap** (Harderwyk). **Eine Garnele in der Trachea. (Een garnaal in de trachea.)** *Ned. Tijdschr. v. Geneesk. 17. März 1894. S. 377.*

Der Patient war ein Kind von 7 Monat. Der Fremdkörper wurde, nachdem die Tracheotomie gemacht war, mittelst einer Hakenpincette entfernt. Heilung.

H. BURGER.

142) **F. Baildon. Fremdkörper in der Trachea; Tracheotomie; Entfernung des Fremdkörpers. (Case of foreign body in the trachea: tracheotomy and successful removal.)** *Brit. Med. Journ. 30. Juni 1894.*

Ein Mädchen von 6 Jahren hatte ein Stück eines Bleistiftes geschluckt; starke Dyspnoe; auf der rechten Lunge keine Athemgeräusche. Es wurde die Tracheotomie gemacht und mit einer Zange der Bleistift aus dem rechten Bronchus entfernt.

Die Canüle musste 4 Tage getragen werden wegen Oedem der Glottis und starker Expectoration. **ADOLPH BRONNER.**

143) **E. N. Heard. Eine einfache Methode metallene Fremdkörper in den oberen Luftwegen zu localisiren. (A simple method of locating metallic bodies in the upper air-passages.)** *N. Y. Med. Record. 17. März 1894.*

Wo ein Telephon im Hause ist, kann man dasselbe zur Aufsuchung eines Fremdkörpers verwerthen. Man nimmt das Hörrohr mit den beiden Leitungsdrähten. An das freie Ende des einen befestigt man die Metallspitze der subcutanen Spritze, die möglichst sicher angebunden wird. An das Ende des zweiten Drahtes kommt ein Stück Stahl von passender Grösse, so dass man es in den Mund nehmen kann (z. B. kann man eine Taschenmesserklinge hierzu benutzten). Man placirt dieses Stahlstück in den Mund und zwar muss es ordentlich mit der Zunge in Berührung stehen. Dann stösst man durch die Trachealwand die Subcutannadel ein, während man das Hörrohr unterdess an das Ohr legt. Berührt die Nadel den Fremdkörper auch nur im Geringsten, so hört man im Telephon einen kratzenden Ton. Es beruht dies auf der bekannten Thatsache, dass zwei Metalle verschiedener Art, wenn sie mit den Körperflüssigkeiten in Contact stehen, eine Art Batterie bilden, die einen ausreichenden Strom erzeugt, um das Telephon erklingen zu lassen. Statt der Nadel kann man auch eine Sonde benutzen, die durch die Luftwege eingeführt wird. **LEFFERTS.**

144) **Cnopf** (Nürnberg). **Die Indication zur Tracheotomie.** *Münchner medicin. Wochenschr. No. 19. 1894.*

C. schlägt vor, nicht die Stenosenerscheinungen, sondern den Stand des Zwerchfells als Indication zur Tracheotomie zu betrachten. Je tiefer dasselbe ist, um so dringender ist zu operiren. **SCHECH.**

145) **Gouguenheim** (Paris). **Ueber die Tracheotomie. (De la trachéotomie.)** *Soc. de chirurgie. 14. März 1894.*

Der L a r y n g o t o m i a i n t e r - c r i c o t h y r o i d e a zieht Verf. die Tracheotomie vor. Im Falle einer Caries des Ringknorpels macht er der ersteren Operation den Vorwurf, dass sie den Knorpel einer spontanen Fractur aussetzt, was das Verbleiben der Canüle in der Lüftröhre erschwert; ausserdem kann die Laryngotomie die Wiederherstellung der Phonation hindern.

Die Tracheotomie führt Verf. folgendermaassen aus: die Haut wird unterhalb des Ringknorpels in einer Länge von 2 cm durchschnitten. Dann werden die untenliegenden Gewebe bis auf die Halsaponeurose allmälig incidirt. Ist er auf die letzte gelangt, so punctirt der Verf. dieselbe am oberen Theile der Wunde mit der Spitze eines Paquelins, führt in die so gemachte Oeffnung eine cannelirte Sonde von oben nach unten hinein und incidirt die aufgehobene Aponeurose. Nachdem die musculären Massen mittelst stumpfen Hakens beiderseits zurückgestossen und die Schilddrüse mit dem venösen Plexus in die Höhe gedrängt worden, wird die Luftröhre leicht entdeckt und mittelst eines Bistouries aufgeschnitten und gleich nachher eine Krishaber'sche Canüle in dieselbe eingeführt. **LUC.**

146) **Neumann** (Mülheim a. Rh.). **Die stumpfe Operationsmethode bei der Tracheotomie.** *Deutsche Mediz.-Zeitung. 28. 1894.*

Für den Chirurgen von Interesse. SEIFERT.

147) **William Turner** (London). **Ein Fall von Tracheotomie, in dem die Anwendung einer Celluloid-Doppelcanüle zu ernsten Complicationen führte. (A case of tracheotomy in which a dangerous complication ensued upon the use of a double celluloid tube.)** *Lancet. 30. September 1893.*

Die Tracheotomie war wegen Diphtherie gemacht worden. Die ursprünglich eingelegte Silbercanüle wurde später durch eine solche von Celluloid ersetzt, weil man annahm, dass jene die Trachea reize. Am nächsten Tage bemerkte man, dass sich das äussere Rohr der Canüle von dem Schild abgelöst hatte und in die tieferen Partien der Luftröhre hinuntergeglitten war. Das Stück wurde nur unter grossen Schwierigkeiten wieder herausgeholt, so dass das Kind keinen Schaden litt.

MACKENZIE JOHNSTON.

148) **W. H. Fuchs. Ein Fall von Tracheotomie mit 7 Monate langem Liegenbleiben der Canüle. (Case of tracheotomy with retention of the tube 7 months.)** *Med. Fortnightly. 1. Februar 1894.*

Das operirte Kind konnte nach der Operation allerhöchstens einmal 48 Stunden, gewöhnlich aber nur ein paar Stunden ohne Canüle bleiben. Als Grund hierfür konnten nach der Entfernung verstopfender Granulationsmassen noch Narbencontraction in Kehlkopf oder Trachea, Lähmung im Kehlkopf, Reizung peripherer Nerven oder schliesslich die Aengstlichkeit des Kindes angesehen werden.

W. J. SWIFT (LEFFERFS).

149) **E. F. Ingals. Kehlkopfstenose und ihre Behandlung. (Stenosis of the larynx and treatment.)** *Journal Am. Med. Assoc. 10. März 1894.*

Krankengeschichte einer Frau von 22 Jahren, die vor 5 Jahren wegen eines Kropfes, der heftige Erstickungsanfälle verursachte, tracheotomirt worden war. Jetzt fand man einen vollständigen Verschluss der unteren Partie des Kehlkopfes zwischen den Stimmbändern und der Trachealwunde und ausserdem eine elastische Strictur der Trachea 3 Zoll unterhalb der Glottis. Das Narbengewebe wurde durchschnitten und dilatirt von unten nach oben; wegen der tieferen Strictur aber konnte die Pat. trotzdem ohne eine Laryngo-Tracheal-Canüle nicht athmen und wahrscheinlich wird sie dieselbe niemals entbehren können.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

150) **Köhl** und **Hagenbach** (Chur und Basel). **Zur Frage der Retention der Secrete bei Tracheotomirten.** *Corr.-Bl. f. Schweizer Aerzte. H. 2. 1894.*

Controverse. K. bekämpft die im Corr.-Bl. letzten Jahres in einer Arbeit H.'s aufgestellte Ansicht, dass in manchen Fällen die blosse Retention des Secrets in den oberen Luftwegen die definitive Entfernung der Canüle unmöglich mache und behauptet, dass daran niemals Secrete sondern nur noch die bestehende Stenose schuld sei. —

H. erwidert, dass er für seine Ansicht nur Fälle aus etwas späterem Zeitraum nach der Tracheotomie im Auge habe, wo nach tagelanger vollkommen freier

Athmung bei geschlossener Canüle nach Entfernung derselben wieder Beschwerden auftraten, welche durch keine andere Ursache als reichlich sich aus der wiedereingeführten Canüle entleerendes Secret erklären liessen. H. spricht die richtige Vermuthung aus, dass das Bestehen zweier Oeffnungen, der Glottis und der Trachealfistel durch Theilung und Abschwächung des Luftstroms zur Secretretention führen oder beitragen könne. JONQUIÈRE.

151) **P. H. Millard. Intubation des Kehlkopfs. (Intubation of the larynx.)** *Northwestern Lancet. 1. Januar 1894.*

Die Arbeit ist hauptsächlich geschichtlichen Inhalts. Nichts Bemerkenswerthes. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

152) **H. C. Abdrich. Intubation des Kehlkopfs. (Intubation of the larynx.)** *Minneopolis Homoeopathic Magazine. Februar 1894.*

Nichts von Bedeutung. W. J. SWIFT (LEFFERTS.)

153) **J. S. Mabon. Intubation. (Intubation.)** *Pittsburgh Med. Review. April 1894.*

Nichts Neues. W. J. SWIFT (LEFFERTS.)

154) **Joseph O'Dwyer. Der jetzige Stand der Intubation des Larynx. (The comparative status of intubation of the larynx.)** *N. Y. Medical Journal. 10. Februar 1894.*

Verf. ist der Ansicht, dass man alle Schlüsse auf diesem Gebiete nur mit grosser Vorsicht ziehen dürfe. Die Resultate die mit der Intubation bisher erzielt wurden, sind sehr verschieden. Die Zahl der Heilungen bei denen, die nur über eine geringe Erfahrung gebieten, beweist gar nichts; und dasselbe gilt von denen, die nur wenige Fälle behandelt und dabei ungünstige Resultate haben. Die acute Kehlkopfstenose ergab bei einer gewissen Klasse junger Kinder einen ungünstigen Ausgang in 90 pCt. der Fälle. Es zeigt dies, welche verzweifelte Prognose die Erkrankung giebt, wenn nichts zu ihrer Heilung geschieht. Nun haben einige Operateure in persönlicher Erfahrung über die Intubation bereits 100 Fälle erreicht und aus derartigen Beobachtungsreihen kann man wohl schon einen werthvollen Schluss über den Nutzen der Intubation ziehen. In vielen dieser Reihen wurden grosse Procentsätze von Heilungen erzielt und zwar von 20 bis 40 pCt. Manche Operateure haben die Tracheotomie nahezu ganz aufgegeben. Die secundäre Tracheotomie nach der Intubation gab selten einen Erfolg. Vor allem die neusten Erfahrungen mit der Intubation waren derselben günstig. Von den erfahrenen Operateuren haben die meisten iu Europa noch grössere Heilungssätze erreicht, als die amerikanischen. LEFFERTS.

155) **W. E. Ground. Intubation oder Tracheotomie bei acuter Kehlkopfstenose der Kinder. (Intubation or Tracheotomy for acute laryngeal stenosis in children.)** *Northwestern Lancet. 15. Februar 1894.*

G. berichtet über einige Fälle und giebt einen geschichtlichen Ueberblick über die Intubation; er vergleicht ihren Werth mit dem der Tracheotomie, wobei er sich mehr für die e r s t e r e entscheidet. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

156) **Uchermann** (Christiania). **Ueber Intubation des Larynx. (Om Intubation af Strubea.)** *Verhdl. d. med. Gesellsch. in Christiania. 1893. S. 180.*

Der Verf. hatte Gelegenheit, an einer 35jährigen Näherin die Intubation wegen Larynxstenose (rechtsseitige Posticuslähmung, linksseitige Recurrenslähmung und Infiltration der Stimmbänder) mit gutem Erfolge zu machen. Die Patientin war vor Dyspnoe nahezu sterbend, als die Intubation ausgeführt wurde. Sie trug die Canüle 4 Wochen ohne Gêne; nach der Entfernung war die Infiltration beinahe verschwunden, die Paresen aber waren natürlich unverändert. Die Pat. wurde in der Medic. Gesellschaft vorgestellt. Am Schlusse seines Vortrags giebt U. eine kurze Darstellung des gegenwärtigen Standes der Intubationsfrage.

SCHMIEGELOW.

157) **W. M. Seward. Ein Fall von Intubation des Kehlkopfs von ungewöhnlichem Interesse; mit Bemerkungen über die Pflege derartiger Fälle (A case of intubation of the larynx of unusual interest; with some remarks on the management of such cases.)** *N. Y. Med. Journal. 3. März 1894.*

Das Hauptinteresse des Falles liegt in folgenden Punkten:

1. Die Zeit von der ersten Einführung der Tube bis zu ihrer endgültigen Herausnahme betrug 61 Tage; davon war die Tube nur 14 Tage ausserhalb, 47 lag sie im Larynx. 2. Nachdem die Tube 8—14 Tage getragen war, machte das Schlucken fast gar keine Schwierigkeit mehr. 3. Der Fall lehrt, dass mindestens 1 mal jede Woche eine frische Tube eingeführt werden muss. 4. Der Pat. ist jetzt gesund.

LEFFERTS.

158) **E. Schmiegelow** (Kopenhagen). **Ueber Intubation bei Erwachsenen. (Om Intubation hos Voksne.)** *Ugeskrift for Läger. 1894. No. 24.*

Der Vortrag des Verf. leitete eine Discussion in der Laryngologischen Section des Römischen Congresses ein (vgl. p. 50 dieses Bandes). Autoreferat.

159) **H. S. Paine. Ernährung intubirter Kinder. (Feeding of intubated children.)** *Albany Med. Annals. April 1894.*

P. ernährt die Kinder mit flüssiger Nahrung mittelst der durch die Nase eingeführten Schlundsonde.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

160) **Ferroud** (Lyon). **Neue Instrumente zur Intubation des Kehlkopfs. (Nouveaux instruments pour le tubage du larynx.)** *Lyon méd. 3. Juni 1894.*

Verf. macht den O'Dwyer'schen Instrumenten zuerst den Vorwurf, dass der grösste Diameter des Obturateurs, nachdem er gründlich angeschraubt ist, dem der Glottis nur selten entspricht. Ein zweiter Nachtheil des Obturators liegt darin, dass er während der Einführung der Röhre das Eindringen der Luft in die Brust verhindert.

Den Conductor hält Verf. für ein zu complicirtes, schwer zu reinigendes und leicht in Unordnung gerathendes Instrument.

F. verzichtet deshalb auf Obturator und Conductor und führt die Röhren in den Kehlkopf mittelst einer Zange ein, die in das Innere der Röhre ohne sie zu verstopfen, eindringt und die ebenfalls zur Herausnahme derselben dient.

Die Ferroud'schen Röhren weichen von den O'Dwyer'schen nur dadurch ab, dass ihr unteres Ende schräg geschnitten und das obere mit einer breiteren Oeffnung versehen ist. LUC.

161) **Schlossarek** (Wien). **Demonstration eines Phantoms zur Erlernung der Intubation.** Sitzung der Gesellschaft der Aerzte in Wien am 5. Januar 1894. *Wiener klin. Wochenschr. 1894. No. 2 und 14.*

Dieses sehr praktische Phantom besteht aus einem Kehlkopfe, der aus eigenthümlicher, elastisch weicher, plastischer Masse gefertigt ist; es ahmt die natürlichen Verhältnisse annähernd nach. In der Discussion sprach sich Grossmann ungünstig über die Erfolge der Intubation aus, da sie zu stark reize. Es werde durch sie die locale Infection in Folge kleiner Excoriationen begünstigt. Eisenschitz und Widerhofer, besonders aber letzterer gestützt auf seine zahreichen Heilresultate bei Kindern, erklären die Intubation für eine ausserordentliche Errungenschaft, die oft die Tracheotomie unnöthig mache. Schrötter schliesst sich dem an; doch macht er aufmerksam, dass er schon in den sechziger Jahren eine Hohlkanüle verwendete und mit seinem Intubationsverfahren viele Erfolge erzielte.

CHIARI.

162) **Marton-Durr. Ein neues Symptom des Aortenaneurysma: die tracheale Erschütterung oder das Oliver'sche Zeichen. (Sur un nouveau signe de l'anevrysme de l'aorte; les secousses trachéales ou signe d'Oliver.)** *Médecine mod. 1893.*

Das neue Symptom, welches der Verf. bespricht, besteht in der Wahrnehmung rhythmischer Erschütterungen der Trachea, die mit dem Radialpuls isochron sind und von dem Aneurysma des Aortenbogens ausgehen. Man lässt, um dies Symptom wahrzunehmen, den Pat. das Kinn möglichst in die Höhe heben, wodurch die Trachea gedehnt und in ein rigides Rohr verwandelt wird; dann fasst man den Ringknorpel zart zwischen Daumen und Zeigefinger und kann nun, wie es in einem Falle von Prof. Potain der Fall war, bei jeder Herzsystole eine von oben nach unten laufende Erschütterung des Larynx und der Trachea fühlen. (Ist nicht neu! Vgl. Centralblatt IX, p. 358. Red.) H. MENDEL.

163) **A. Fränkel** (Berlin). **Sackförmiges kleinapfelgrosses Aneurysma, welches in wenigen Tagen durch Erstickung zum Tode führte.** *Deutsche med. Wochenschrift. 1894. No. 7.*

Die Krankheit des 35jährigen Mannes war bis 6 Tage vor dem Tode latent verlaufen, nur leichtes Oppressionsgefühl beim Treppensteigen war vorhergegangen. Hochgradige Trachealstenose. Nirgends Dämpfung. Radialpulse gleich. Larynxbefund normal, ebenso Trachea, die livide gefärbt und nur anscheinend in der Gegend des linken Bronchus etwas verengt war. Tracheotomie, um event. den Bronchus zu katheterisiren. Tod. LANDGRAF.

164) **Barton. Natur und Behandlung der Asphyxia neonatorum. (Nature and treatment of asphyxia neonatorum.)** *Lancet. 3. März 1894.*

B. glaubt, dass ehe das Kind geathmet hat, das Lumen der Trachea verschlossen und deren hintere Wand gegen die vordere angedrückt ist. Die Methode

Sylvester's ist deshalb ohne Werth, bis erst einmal Luft in die Trachea eingeführt ist. Am besten erreicht man dies durch Einführung eines Katheters durch den Mund; erst nachher ist die Sylvester'sche Methode anzuwenden.

ADOLPH BRONNER.

165) **Paul Delasalle** (Paris). **Beitrag zum Studium der Trachealfisteln und ihrer Behandlung. (Contribution à l'étude des fistules trachéales et de leur traitement.)** *Thèse de Paris. 1894.*

Verf. studirt die Trachealfisteln, die nach langem Tragen einer Tracheotomiecanüle entstehen. Er führt die Ursachen auf, die das rechtzeitige Herausnehmen der Canüle verhindern (polypöse Granulationen, Lähmungen, Verstopfungen im Larynx) und bespricht ihre Symptome sowie die Methoden zu ihrer chirurgischen Behandlung. Daran anschliessend giebt er die Krankengeschichte eines 16jährigen jungen Mannes, der mit 11 Jahren wegen Kehlkopfdiphtherie tracheotomirt war und seither die Canüle trug. Man konnte dieselbe jetzt entfernen, ohne dass Störungen der Athmung auftraten und Kirmisson schloss die Fistel durch eine plastische Operation. A. CARTAZ.

166) **Kirmisson** (Paris). **Heilung einer Trachealfistel. (Guérison d'une fistule trachéale.)** *Soc. de chirurgie de Paris. 25. April 1894.*

Bei einem 18jährigen Pat., der eine Trachealcanüle trug, obgleich die früher bestehende laryngeale Stenose nicht mehr vorhanden war, schritt Verf. zur radicalen Heilung der Fistel, indem er einen elliptischen Lappen um die Trachealöffnung herum schnitt, denselben um seinen Ansatz herumdrehte und dessen blutende Theile tief und oberflächlich zusammennähte.

Wegen einer ziemlich erheblichen Dyspnoe mussten die Nähte nach 2 Tagen aufgeschnitten und die Canüle wieder eingeführt werden. Nach 2 Tagen aber konnte die Canüle definitiv abgenommen werden und die Vernarbung fand jetzt per secundam intentionem, doch ohne weitere Störung statt. LUC.

167) **Kast** (Breslau). **Syphilitische Magengeschwüre und narbige Stenose der Trachea.** *Deutsche med. Wochenschr. 1894. No. 14.*

Demonstration von Präparaten in der medicinischen Section der Schlesischen Gesellschaft für vaterl. Cultur. LANDGRAF.

168) **Tschudi** (Wien). **Trachealstenose durch Bolzenbehandlung geheilt.** Demonstrirt in dem wissenschaftl. Verein der k. k. Militärärzte der Garnison Wien am 27. Januar 1894. — *Wiener klin. Wochenschr. 1894. No. 8.*

Nähere Angaben fehlen. CHIARI

169) **Oestreich. Bronchialstenose** *Münchner med. Wochenschr. No. 17. 1894.*

Im linken Bronchus starke Verengerung; die Schleimhaut ist in eine weisse fibröse Masse umgewandelt. Das Präparat stammt von einer 47jährigen trichinösen Frau und dürfte die Verengerung syphilitischen Ursprungs gewesen sein, obwohl sich sonst keine Spuren dieser Krankheit vorfanden. SCHECH.

f. Schilddrüse.

170) **Hofmeister** (Tübingen). **Experimentelle Untersuchungen über die Folgen des Schilddrüsenverlustes.** *Beitr. z. klin. Chirurgie. XI. 2. 1894.*

Mit grossem Interesse wird der Leser die vorliegende fleissige und werthvolle Arbeit studiren, die unter Anderem auch mit ihren experimentellen Resultaten jener Theorie eine wesentliche Stütze liefert, welche die unmittelbare Ursache des Kretinismus in einer primären Vernichtung oder hochgradigen Herabsetzung der Schilddrüsenfunction sucht. Ferner haben die bei den Thieren gefundenen Knorpelveränderungen mikroskopisch eine ausserordentliche Uebereinstimmung mit den unter dem Namen der „fötalen Rhachitis“ beschriebenen Affection ergeben, sodass H. diese als fötalen Cretinismus bezeichnen möchte.

Die Versuche wurden an Kaninchen ausgeführt. Bei jungen Thieren hat die Entfernung der Gland. thyreoid. eine typische, chronisch sich entwickelnde Kachexie zur Folge (Photogramme), deren Hauptsymptome in Verlust der Lebhaftigkeit, Verzögerung des Körperwachsthums, Dickleibigkeit und häufig schlechte Beschaffenheit der Behaarung sowie starke Schuppenbildung auf der Haut bestehen.

Sehr genau wurde bei den Versuchsthieren auf das Verhalten der Milz, des Thymus, des Magendarmtractus, des Centralnervensystems, der Hypophysis cerebri, der Nieren, der Genitalorgane, der Knochen geachtet. SEIFERT.

171) **Christiani** (Genf). **Wirkung der Thyreoidectomia auf die Eidechsen. (Effet de la thyreoidectomie chez les légards.)** *Revue de la Suisse rom. 1. 1894.*

Die 18 Eidechsen, welche die Operation gut überlebten, befanden sich daraufhin zunächst eine bis mehrere Wochen lang in normalem Zustande und die Wunde heilte ohne Störung. Dann aber trat Appetitlosigkeit und Apathie ein und sie starben 2 oder 3 Wochen nach der Operation. Dass dieser Ausgang nicht der Verletzung an sich zuzuschreiben sei, bewiesen zahlreiche Controlthiere, welchen gleich wichtige und grössere Verletzungen beigebracht worden waren, ohne dass sie starben. Weitere Experimente werden in Aussicht gestellt.

JONQUIÈRE.

172) **F. Ph. Küthe** (Tiel). **Schilddrüsen-Extract. Ein neues Präparat. (Het schildklier-extract. Een nieuwe bereiding.)** *Ned. Tijdschr. v. Geneesk. 1894. I. No. 24. S. 962. II. No. 2. S. 121.*

Die Burrough und Wellcome'schen Tabletten enthalten nur 0,31 g frischer Drüse. K. hat in der Verwey'schen Apotheke zu Tiel ein trockenes, pulverförmiges Extract darstellen lassen. Ein Gramm desselben entspricht ungefähr zehn Gramm Schilddrüsensubstanz. K. lässt von diesem Präparat 0,2—1 g pro Tag in einer einzigen Dosis in lauwarmer Bouillon einnehmen.

Die von mehreren Autoren betonte Toxicität des Schilddrüsenextractes beruhe nur darauf, dass dasselbe nicht aus ganz frischen Schilddrüsen hergestellt worden. Die in der Literatur beschriebenen Vergiftungsfälle betrachtet er als

Ptomain-Intoxicationen, welche in dem Umstand, dass die Schilddrüse sehr viel früher als andere Organe der Fäule anheimfallen, ihren Grund hätten.

H. BURGER.

173) **J. D. Menzies. Schilddrüsenextract. (Thyroid extract.)** *N. Y. Medical Record. 12. Mai 1894.*

Das Schilddrüsenextract erlangt allmälig den Rang eines Allheilmittels. M. findet es nützlich beim Eczem und bei Geschwüren zu äusserlicher Application.

LEFFERTS.

174) **Balmanno Squire** (London). **Die Behandlung der Psoriasis mit Schilddrüsenextract. (The treatment of psoriasis by thyroid extract.)** *Brit. Med. Journal. 6. Januar 1894.*

Verf. berichtet kurz über zwei Fälle von Psoriasis, die er mit Schilddrüsenextract behandelt hat. Er sah keinen Nutzen, überhaupt keinerlei Veränderung durch diese Behandlung. MACKENZIE-JOHNSTON.

175) **J. I. Gordon Dill** (Brighton). **Bemerkungen über fünf mit Schilddrüsenextract behandelte Fälle von Hautkrankheit. (Notes on five cases of skin disease treated by thyroid gland.)** *Lancet. 6. Januar 1894.*

Verf. hat 5 Fälle mit Schilddrüsen-Tabloids behandelt. 3 Fälle von Psoriasis erfuhren eine erhebliche Besserung; ein Fall von Psoriasis und einer von Acne rosacea wurden nicht gebessert. MACKENZIE-JOHNSTON.

176) **John Gordon** (Aberdeen). **Behandlung der (syphilitischen) Psoriasis mit Schilddrüsenextract. (Treatment of psoriasis [syphilitic] by thyroid extract.)** *British Medical Journal. 27. Januar 1894.*

Der Fall, der sich unter der früheren Behandlung nur wenig besserte, heilte gut unter der Schilddrüsentherapie. MACKENZIE-JOHNSTON.

177) **Gordon. Schilddrüsenextract bei der Behandlung der syphilitischen Psoriasis. (Thyroid extract in the treatment of syphilitic psoriasis.)** *Phil. Med. News. 17. Februar 1894.*

G. behandelte eine 49jährige Frau, die neben anderen syphilitischen Erscheinungen eine Psoriasis palmaris und plantaris hatte. Jodkali, Arsen und Chrysarobin waren ohne rechten Erfolg gegeben worden; deshalb entschloss sich G. zu einem Versuch mit Thyroid-Extract. Es wurde erst 1 Woche lang jedes Medicament ausgesetzt, dann täglich 1,0 g eines Schilddrüsenextractes verordnet. Es trat bald eine deutliche Besserung ein, die auch anhielt. Später wurde wieder Jod dazu gegeben.

LEFFERTS.

178) **P. Abraham Schilddrüsenextract bei Hautkrankheiten. (Extract of the thyroid gland in skin diseases.)** *N. Y. Med. Record. 24. Februar 1894.*

Behandelt wurden 65 Fälle von Psoriasis, 5 von Lichen planus, 7 Eczeme, 2 Fälle von chronischer Urticaria, 5 von Lupus, 1 von Prurigo senilis, 1 eigenartige papuläre Eruption, die mit Adenoma sebaceum oberflächliche Aehnlichkeit hatte. Von den Psoriasisfällen können 17 ausgeschieden werden als noch zu kurze

Zeit in Behandlung stehend. Von den übrigen 48 sind 18 definitiv gebessert; nur 7 von diesen aber wurden mit Schilddrüsenextract allein behandelt. Bei 16 war bezüglich der Hauteruption gar kein Erfolg zu constatiren, bei 14 nahm der Ausschlag sogar zu. 28 Patienten klagten über allerlei Störungen. — Von den 5 Lichenkranken zeigten 3 deutliche Besserung, von den Eczemfällen wurden ebenfalls 3 gebessert. — Bei den 2 Urticariakranken war gar kein Effekt zu verzeichnen, dagegen ein guter bei 2 Lupusfällen. Verf. kommt zu folgenden Schlüssen: 1. der Effekt der Schilddrüsentherapie bei Psoriasis und verschiedenen anderen Hautkrankheiten ist kein constanter; 2. bei einer grossen Zahl von Fällen bleibt der Erfolg aus, in einigen wenigen tritt sogar eine Verschlimmerung ein; 3. bei einem gewissen Theil der Fälle aber zeigt sich ein deutlicher Heileffekt; 4. genauere Indicationen, für welche Fälle diese Therapie am Platze ist, lassen sich zur Zeit noch nicht aufstellen; 5. in nicht wenigen Fällen zeitigt diese Behandlung unangenehme constitutionelle Störungen; 6. Alter und Geschlecht des Patienten scheinen auf die Wirksamkeit des Mittels ohne Einfluss zu sein.

LEFFERTS.

179) **B. Bramwell. Psoriasis und Lupus mit Schilddrüsenextract behandelt. (Psoriasis and Lupus treated by thyroid.)** *N. Y. Medical Record. 24. Februar 1894.*

B. berichtet über einen Fall von Psoriasis, der unter Schilddrüsenbehandlung vollständig heilte und über 2 Fälle von Lupus, die in derselben Weise behandelt wurden.

LEFFERTS.

180) **Byron Bramwell. Klinische Vorlesung über einen mit Schilddrüsenextract behandelten Fall von Psoriasis. (Clinical lecture on a case of psoriasis treated by thyroid extract.)** *Brit. Med. Journal. 24. März 1894.*

Die Erkrankung, die Brust, Rücken und Arme einnahm, hatte seit 5 Monaten bestanden und war seit 5 Wochen ohne rechten Erfolg behandelt worden. 3 Wochen lang war Brady und Martin's Extract gegeben worden bis zu 20 Trpf. täglich, dann erhielt der Pat. das Extract von Duncan und Flockhart; auch jetzt zeigte sich keine deutliche Besserung. Schliesslich wurden 1—5 Tabloids von dem Burrough und Wellcome'schen Extract gegeben und es trat sofort eine sichtbare Besserung ein; nach 7 Wochen war die Haut ganz normal.

Br. hält diese festen Thyroidtabletts für die wirksamste Form. Das erste Zeichen einer Thyroid-Intoxication in Fällen von Hautkrankheit ist die Beschleunigung des Pulses; erreicht derselbe 100—110, so soll die Dosis nicht mehr gesteigert werden. In manchen Fällen muss man diese Maximaldose 2 Monate lang und selbst 1 Jahr geben, ehe die Besserung manifest wird. Dabei muss die gesammte Pflege des Pat., vor Allem die Sorge für Diät und Verdauung, sowie auch die gleichzeitige interne Behandlung auf's sorgsamste durchgeführt werden.

ADOLPH BRONNER.

181) **Byron Bramwell. Vorlesung über 2 mit Schilddrüsenextract behandelte Fälle von Lupus. (Lecture on two cases of lupus treated by thyroid extract.)** *Brit. Med. Journal. 14. April 1894.*

In beiden Fällen war die Erkrankung auf das Gesicht beschränkt. B. giebt

Abbildungen der Patientin vor und nach der Behandlung. In keinem der beiden Fälle war die Heilung eine vollständige, obgleich sie seit 11 resp. 2 Monaten behandelt wurden. B. glaubt, dass die Schilddrüsentherapie von Nutzen sein könnte bei interner Tuberkulose, Lepra oder Carcinom. ADOLPH BRONNER.

182) **Hunt. Psoriasis geheilt durch Schilddrüsenextract. (Psoriasis cured by thyroid extract.)** Sheffield Med. Chir. Society. — *British Medical Journal. 10. März 1894.*

Bemerkungen über einen Fall; detaillirte Angaben fehlen.

ADOLPH BRONNER.

183) **Menzies. Schilddrüsenextract beim Wäscherinnen-Eczem und als Mittel zu localer Application. (Thyroid extract in washerwoman eczema and as a local application.)** *Brit. Med. Journal. 24. März 1894.*

M. gab in dem recht schweren Falle 3 Tabloids täglich, 6 Tage hindurch. Die Krusten und Schuppen fielen ab und die Haut wurde normal. M. empfiehlt den Burroughs und Wellcome'schen Schilddrüsen-Cream zur localen Application bei serpiginösen Geschwüren, Bubonen gonorrhoischen (?), Usprungs, Schanker etc. ADOLPH BRONNER.

184) **Geo. T. Jackson Schilddrüsenverfütterung bei Hautkrankheiten. (Thyroid feeding in diseases of the skin.)** *N. Y. Med. Record. 16. Juni 1894.*

Verf. spricht von den bemerkenswerthen Erfolgen, die man mit der Ernährung durch Schilddrüsen beim Myxoedem erzielt. Die Haut hört auf zu schuppen und gewinnt ihr normales Aussehen wieder. Die Haare wachsen wieder und auch die Nägel werden gesund. Man darf annehmen, dass die Schilddrüsenverfütterung dem Körper etwas zuführt, das ihm die erkrankte eigene Schilddrüse nicht mehr liefert und auf diese rationelle Basis stützt sich die Schilddrüsentherapie. Dieselbe ist aber mit einer gewissen Gefahr für das Leben des Patienten verknüpft: sie scheint eine hemmende Wirkung auf das Herz zu üben. Gewöhnlich zeigt sich im Laufe der Behandlung ein Anstieg der Temperatur, Kopfschmerz, Uebelkeit, Erbrechen und Diarrhoe, auch eine erhebliche Gewichtsabnahme ist bemerkt worden. Man hat die Schilddrüse bisher als Glycerinextract, Trockenpulver und in comprimirten Tabletts gegeben. LEFFERTS.

185) **Otto Leichtenstern** (Köln). **Zur Geschichte der Myxoedemfrage.** *Deutsche med. Wochenschr. 1894. No. 11.*

Leichtensten will seinen historischen Ueberblick dahin ergänzen, dass er unter dem Jahre 1883 einfügt: „Felix Semon spricht zuerst klar und bündig den Satz aus, dass Cretinismus, Myxoedem und Cachexia primipriva ihre gemeinsame Ursache in dem Verlust der Schilddrüse i. e. in dem Ausfall der Schilddrüsenfunction haben." LANDGRAF.

186) **Kirk** (Partich). **Myxoedem. (Myxoedema.)** *Glasgow Medical Journal. Januar 1894.*

Vorstellung des Patienten. P. MC BRIDE.

187) **Kirk** (Partich). **Ein Fall von Myxoedem mit recidivirendem acuten Oedem der Lippen, Zunge und des weichen Gaumens. (Case of myxoedema with recurrent acute oedema of the lips, tongue and soft palate.)** *Glasgow Medical Journal. Januar 1894.*

Die Ueberschrift nennt die wesentlichsten Züge des Falles.

P MC BRIDE.

188) **T. J. Raven** (Broadstain). **Myxoedem behandelt mit Schilddrüsen-Tabletts. (Myxoedema treated with thyroid tabloids.)** *Brit. Med. Journal. 6. Januar 1894.*

Krankengeschichte des Falles mit einem Bilde des Patienten vor und nach der Behandlung. Ein besonderes Interesse bietet der Fall nicht.

MACKENZIE-JOHNSTON.

189) **G. E. Rennie** (Sydney). **Myxoedem. (Myxoedema.)** *Austral. Med. Gazette. 15. Januar 1894.*

R. giebt einen Auszug aus dem Bericht des Myxoedema-Committee 1888 und weist auf einige neuere Beobachtungen hin, die für eine Beziehung zwischen Schilddrüse und Hypophysis sprechen. R. hält die Transplantation von Schafsschilddrüse für die eigentlich moderne Therapie des Myxoedems. A. T. BRADY.

190) **W. N. Cowles. Ein Fall von Myxoedem behandelt mit Schilddrüsenextract. (A case of myxoedema treated by thyroid extract.)** *Boston Med. and Surg. Journal. 15. Februar 1894.*

Pat. war eine Frau von 42 Jahren. Die Schilddrüsentherapie brachte eine augenscheinliche Besserung aller Symptome herbei. Von besonderem Interesse ist, dass wahrscheinlich der Vater der myxoedematösen Patientin an Basedow'scher Krankheit gelitten hat. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

191) **C. J. Beadles** (Colney Hatch). **Die Thyroidbehandlung bei Myxoedem im Verein mit geistiger Erkrankung. (Thyroid treatment of myxoedema associated with insanity.)** *Lancet. 17. Februar 1894.*

An einer Zusammenstellung der bisher mit dem Schilddrüsenextract behandelten Fälle zeigt Verf., dass auch die geistigen Symptome sich unter dieser Behandlung bessern; nur muss dieselbe immer weiter fortgesetzt werden, auch wenn der Fortschritt sehr langsam ist. MACKENZIE-JOHNSTON.

192) **F. C. Shattuck. Vier Fälle von Myxoedem unter Thyroidextractbehandlung. (4 cases of myxoedema treated by thyroid extract.)** *Boston Med. and Surg. Journal. 22. Februar 1894.*

Drei Fälle wurden bedeutend gebessert. Bei einem schlug die Behandlung fehl, weshalb S. die Correctheit der Diagnose in Zweifel zieht. Verf. ist der Ansicht, dass der Gebrauch des Mittels das ganze Leben hindurch fortgesetzt werden muss und dass bei kalter Witterung grössere Dosen erforderlich sind als bei warmer.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

193) **W. Pasteur** (London). **Behandlung des Myxoedems mit Präparaten der Schilddrüse. (Du traitement du myxoedème par des préparations thyreoidiennes.)** *Revue de la Suisse rom. 1. 1894.*

Höchst erfolgreiche Behandlung dreier Fälle von spontanem Myxoedem mittelst Genusses frischer feuchter Schiddrüse vom Schaf in Form von Buttersandwichs, oder getrockneter Schilddrüse in Form von Tabletten. Bei einem der Fälle vorübergehend schwere toxische Erscheinungen. JONQUIÈRE.

194) **Hoffmann** (Leipzig). **Eine Kranke mit myxoedematösem Idiotismus.** Med. Gesellsch. zu Leipzig. 28. November 1893. — *Schmidt's Jahrb. 2. 1894.*

Es handelt sich um ein $3^1/_2$jähr. Mädchen, dessen Eltern ganz gesund sind. Schon bald nach der Geburt bemerkte die Mutter die Eigenthümlichkeiten des Kindes, bestehend in Schwellungen der Haut, Hände und Füsse blau, hart und eisig kalt. Zur Zeit kann das Kind nicht gehen und nur mühsam am Stuhle stehen, das Wesen ist träg und apathisch, das Kind kann nicht sprechen. Unter Anwendung der Thyreoidea des Hammels ist das Myxoedem völlig geschwunden. Ob die Schilddrüse vorhanden ist, bleibt bei der Palpation zweifelhaft.

SEIFERT.

g. Oesophagus.

195) **T. V. Fitzpatrick. Dysphagie infolge von Oesophaguskrampf. (Dysphagia due to spasm of the oesophagus.)** *Cincinnati Lancet-Clinic. 3. März 1894.*

F. verfügt über 3 Fälle. Interessant ist, dass in allen drei Pharyngitis bestand und dass bei allen dreien der Spasmus an derselben Stelle lokalisirt war, nämlich an einem Punkt gegenüber dem Ringknorpel. Die 3 Patienten waren neurotisch. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

196) **Egloff. Ueber die Entfernung von Fremdkörpern aus der Speiseröhre, insbesondere durch die Oesophagotomia externa.** *Beitr. z. klin. Chirurgie. XII. Bd. 1. Heft. 1894.*

E. berichtet über 6 von Krönlein ausgeführte Oesophagotomien, von denen 5 in Heilung ausgingen, bei einem Fall war durch das lange Liegen des Fremdkörpers eine Läsion des Oesophagus und der Art. thyreoid. inf. dext. hervorgerufen. Einige Tage nach der Operation heftige arterielle Blutung aus dem Munde, Tod. Der das Lumen der Thyreoid. verschliessende Thrombus hatte sich gelockert und dadurch war dann die zum Exitus führende Blutung entstanden. An diese Mittheilungen schliesst E. noch eine Uebersicht über 10 Fälle an, in welchem die Fremdkörper per via naturales entfernt wurden und über 6 Fälle, in welchen dieselben per anum abgingen. SEIFERT.

197) **Krönlein** (Zürich). **Gefahren beim Tragen künstlicher Gebisse.** *Berliner klin. Wochenschr. 1894. No. 4.*

Kr. hat 4 Fälle von Verschlucken des Gebisses im Schlaf beobachtet; in einem Fall gelang die Extraction mit dem Münzenfänger, in 2 Fällen genasen die Pat. nach der Oesophagotomia erterna, der 4. Pat. starb. Bei diesem hatte sich

das Gebiss so festgesetzt, dass es seine Concavität dem Innern zukehrte und so dicke Sonden anstandslos passiren liess. Der Kranke erlag 15 Tage post operationem einer schweren Blutung aus der rechten unteren Schilddrüsenarterie.

LANDGRAF.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) Pan-American Medical Congress.

Erste Versammlung, abgehalten in Washington, D. C., 5. bis 8. September 1893.

Section für Laryngologie und Rhinologie.

1. Tag. — Dienstag, den 5. September.

Vorsitzender: E. Fletcher Ingalls, M. D. (Chicago).

Secretär für englische Sprache: T. Murray, M. D. (Washington).

Secretär für spanische Sprache: Angel Gavino, M. D. (City of Mexico).

Der Vorsitzende eröffnete die Sitzung, indem er auf die reiche Tkätigkeit hinwies, welche die amerikanischen Laryngologen während der letzten Monate in den verschiedenen medicinischen Gesellschaften entwickelt hätten, sowie auf das stattliche Anwachsen dieser Specialität in den Vereinigten Staaten, in denen es jetzt gewiss 500 Aerzte gebe, die ausreichende Vertrautheit mit der Behandlung der Nasen- und Halskrankheiten erworben hätten. Redner glaubt, dass der Ausbau der Pan-Amerikanischen Bahnlinie viel zur Entwicklung gewisser südlicher Orte als climatischer Winter-Curorte beitragen würde.

S. K. Merrick (Baltimore): Gewisse Formen von Nasenreflexen; mit einigen Krankengeschichten.

Redner giebt eine Uebersicht über die Geschichte der nasalen Reflexe von den ersten Angaben Voltolini's an bis zum gegenwärtigen Stande dieser Frage. Mac Bride (Edinburgh) erhob zuerst die Frage, „ob die Heilung der Localaffection in der Nase oder die Wirkung des applicirten Mittels als Gegenreiz den Reflex beseitigt". Auch das Moment des „moralischen Effects" wurde zur Erklärung mancher Fälle von Heilung herangezogen; jedoch hält Redner die Bedeutung dieses Momentes meist nur für eine secundäre, den Hauptfactor bildet es nur in einem geringen Procentsatz von Fällen. Für die grosse Mehrzahl der glücklich verlaufenden Fälle ist zweifellos die Heilung der intranasalen Krankheit verantwortlich. Von den drei hauptsächlichen Ansichten über die Art, wie solche Reflexe zur Heilung kommen (nämlich: 1. durch Heilung der intranasalen Krankheit; 2. durch Gegenreizung; 3. durch moralische Beeinflussung), ist keine gänzlich falsch oder gänzlich richtig. Zur Stütze dieser Behauptung berichtet Redner über folgende Fälle:

Fall 1 und 2 zeigen, wie reflectorische Augenstörungen gebessert wurden, nicht plötzlich, sondern allmälig mit der Heilung der intranasalen Erkrankung.

Fall 3 — ein Fall von reflectorischem Kopfschmerz und Schwindel — wurde durch den Gegenreiz des Cauters gebessert, noch ehe die Localerkrankung in der Nase günstig beeinflusst war.

Fall 4 — eine Ischias — heilte fast momentan bei der Cauterisation der Muscheln, was wohl ohne Zweifel dem moralischen Effect zuzuschreiben ist.

John O. Roe (Rochester N. Y.): Reflex-Epilepsie infolge von intranasaler Erkrankung.

Redner kommt zu folgenden Schlüssen:

1. Die Epilepsie ist häufig Folge peripherer Reizung, welche durch eine locale Störung, die die peripheren Nerven an irgend einem Theile des Körpers in Mitleidenschaft zieht, verursacht sein kann.

2. Die Empfänglichkeit für periphere Reizungen variirt stark bei verschiedenen Personen, was daraus hervorgeht, dass Reize derselben Art und derselben Stärke nicht immer dasselbe Maass von centraler Störung hervorrufen oder auch Reflexstörungen von ganz verschiedenem Charakter auslösen.

3. Die Nase ist häufig der Sitz solcher Reizungen, die ausreichen, um die verschiedensten Reflexstörungen hervorzurufen. Diese können sich auf das Gehirn beschränken und äussern sich dann in epileptischen Krämpfen, oder aber sie werden auf andere periphere Organe reflectirt, wodurch die allerverschiedensten Symptome zu Stande kommen können.

4. In der Nase existiren wohlumschriebene sensitive Stellen, welche durch Krankheiten oder andere von aussen stammende Reize viel leichter gereizt werden können, als andere Partien der Nasenhöhle.

5. Diese reizbaren Stellen sind so sensitiv geworden durch abnorme Verhältnisse in der Nase, die häufig mit dem sogen. „neurotischen Habitus" gar nichts zu thun haben.

6. Die besondere Empfindlichkeit und ebenso das Entstehen der Reflexstörungen — und ganz besonders der Epilepsie — ist am häufigsten durch intranasalen Druck verursacht; alle anderen localen Erkrankungsprocesse sind als Ursache derselben seltener.

7. Die Häufigkeit, mit der man Epilepsie infolge intranasaler Erkrankung auftreten sah, erhöht die Bedeutung der Nasenuntersuchung für alle Fälle von Epilepsie, besonders für die, in denen sonst keine Ursache zu erkennen ist.

Price Brown (Toronto, Canada) hat niemals echte Epilepsie als Folge intranasaler Erkrankung beobachtet, dagegen sah er mannigfache neurotische Symptome, die vielleicht, wenn man die Reizursache in der Nase nicht gebessert hätte, in epileptoide Anfälle ausgegangen wären. Er führt einige Fälle von Augenstörungen und Heufieber an, die durch Entfernung des intranasalen Drucks dauernd zur Heilung kamen.

S. Solis-Cohen (Philadelphia) nimmt gegen die extremen Anschauungen mancher Rhinologen in dieser Frage Stellung. Er selbst setzt in die Existenz eines rein neurotischen Substrats in diesen Fällen von Nasalreflex einigen Zweifel. Häufig finden sich jedoch auch Anzeichen, die auf eine mangelnde Stabilität in dem

circulatorischen Mechanismus hinweisen. Bei solchen Patienten können verschiedene periphere Reize epileptische Störungen verschulden. Mit Sorgfalt ist bei derartigen Fällen auf den Zustand der Herzaction zu achten. Diese wird häufig durch ganz gewöhnliche Veranlassungen gestört, die beim Gesunden gar nichts ausmachen würden. Der „moralische Effect“ spielt natürlich auch eine wichtige Rolle. Redner weist schliesslich auf eine Klasse von Fällen mit intranasaler Verstopfung hin, bei denen ein Gefühl von Druck an der Nasenwurzel und auch in der Regio supra- und infraorbitalis besteht. Bei diesen Fällen hat er gute Resultate erzielt mit Chinin. hydrobrom. (in Dosen von 1—2 g 4—6 Stunden vor Eintritt des Schmerzparoxysmus gegeben); zur Vermeidung von unangenehmen Erscheinungen im Ohr wurde dem Mittel gewöhnlich Ergotin zugesetzt.

A. W. de Roaldes (New Orleans, La.) erwähnt einen Fall, den er kürzlich beobachtet hat. Ein kräftiges Mädchen vom Lande klagte über leichte Taubheit. Es bestand bei ihr eine linksseitige Verstopfung der Nase, welche mit der Säge unter Cocain-Anästhesie beseitigt wurde. Sehr bald nachher trat ein supraorbitaler Kopfschmerz auf, Störungen der Athmung, Blässe, Beschleunigung und Schwäche des Pulses. Auch ein kurzer Husten machte sich bemerkbar; derselbe dauerte 3 Tage und besserte sich erst nach subcutaner Injection von Morphium. Beim Verbandwechsel kehrten dieselben Symptome wieder und hielten eine Woche an. Auch der dritte Nasenverband hatte die gleichen Folgen. Die Symptome wurden zuerst dem Cocain zugeschrieben, von dem bei der Operation eine erhebliche Menge verbraucht worden war; allein bei dem Verbinden war kein Cocain benutzt worden, so dass man diese Idee fallen lassen musste. Als die Nase ohne Verband sich selbst überlassen wurde, trat vollständige Heilung, auch des Hustens, ein. Redner meint, dass, wenn der sogen. Reflex-Effect in einer gewissen Entfernung vom Sitze der Erkrankung auftritt, es sich dann gewöhnlich um Patienten mit ausgesprochen neurotischer Anlage handelt.

J. C. Cobb (Boston) zweifelt an der Dauer der Heilung in vielen dieser Fälle. Er hat bei Asthmatikern einen Rückfall beobachtet, noch nachdem sie ein Jahr von Anfällen frei geblieben waren. Oft ist der erzielte Effect ein Gemisch von Suggestion und wirklich physiologischer Besserung.

Merrick setzt hinzu, dass jedes Mittel in diesen Fällen helfen dürfte, welches die Circulation in Schranken hält; unzweifelhaft hat das Chinin derartige Wirkung. Diese Thatsache spricht indess keineswegs gegen die Annahme einer Reflexaction.

J. Mount Bleyer: Alumnol bei Nasen- und Halskrankheiten.

Redner fand in dem Alumnol antiseptische und adstringirende Wirkungen. Die Aluminiumsalze, besonders das Acetat und das Acetotartrat, sind seit langem angewendet worden. Das neue Präparat ist ein weisses Pulver, löslich in kaltem Wasser bis zu 40 pCt. Die Lösungen dunkeln, wenn sie dem Lichte ausgesetzt sind, allein dieser Farbenwechsel beeinträchtigt ihre Wirksamkeit nicht. Das Alumnol fällt Eiweiss, das Präcipitat ist jedoch im Ueberschuss von Alumnol wieder löslich. Redner hat das Mittel bei Nasenbluten, ferner bei nasopharyngealer

Blutung nach Entfernung von adenoiden Geschwülsten und ausserdem zur Reinigung der Nase und des Halses bei verschiedenen Erkrankungszuständen gebraucht, Bei Plaques muqueuses der Zunge hat das Mittel besonders gut gewirkt und war sogar der Chromsäure noch überlegen.

Danach demonstrirte Bleyer einen Apparat zur Auffindung verlorener Intubationsröhren nach der Operation. Der Apparat besteht aus zwei parallelen Nadeln, die mit einem gewöhnlichen Inductionsstrom in Verbindung stehen. Diese Nadeln werden durch die Trachealringe eingestossen und sobald sie auf die Tube stossen, schliesst sich der electrische Strom und das Alarmsignal ertönt.

Bei der Discussion über das Alumnol erklärte D. Bryson Delavan (New York City), dass er von dem Gebrauch des Mittels zwar befriedigt sei, es jedoch nicht so unbedingt rühmen könne, wie der Vorredner.

Angel Garvino (Mexico): Die Behandlung gewisser Fälle von chronischer Laryngitis.

G. nimmt auf die Fälle Bezug, in denen die Symptome fortbestehen, trotzdem objectiv nichts Abnormes zu sehen ist, und wo auf Tuberculose kein Verdacht besteht. Auf alle Fälle hat Redner es sich zur Regel gemacht, die Larynxsecrete in jedem Falle zu untersuchen; auch wenn die Schleimhaut anscheinend ganz normal ist, kratzt er etwas von derselben ab, um das abgeschabte Material zu untersuchen. In diesem, wie im Secret hat er des öfteren Tuberkelbacillen gefunden. Durchforscht wurden auf diese Weise die Aryknorpel, Stimmbänder, Taschenbänder und Epiglottis.

Zur Behandlung empfiehlt Redner intralaryngeale Injectionen einer öligen Lösung von Creosot, Salol oder salicylsaurem Wismuth. Auch Sublimat- und Zinkapplicationen, sowie die innerliche Verabreichung von Creosot werden empfohlen.

---

2. Tag. — Mittwoch, den 6. September.

Morgen-Sitzung.

A. W. de Roaldes (New Orleans): Ein verbesserter Dynamomotor und ein electrisches Cabinet zur Benutzung des Strassenstroms für das ärztliche Sprechzimmer.

Der Vortrag enthält eine rein technische Beschreibung der neuen Apparate, die durch Zeichnungen erläutert werden.

Price Brown (Toronto, Canada): Ein Fall von Verlängerung der Epiglottis und ihrer Verkleinerung auf operativem Wege.

Die Operation bestand in Galvanocauterisation einer abnorm langen Epiglottis.

Arthur G. Hobbs (Atlanta, Ga.): **Die leichteste und practischste Methode zur Galvanocauterisation, besonders bei Hypertrophie der Nasenmuscheln.**

Redner beschreibt den Apparat, bei dem ebenfalls der öffentliche Strom der städtischen Leitung nutzbar gemacht wird.

Zur Discussion sprach D. Bryson Delavan (New York City).

Solomon Solis-Cohen (Philadelphia): **Einige Halsaffectionen bei gichtischen Personen.**

Unter „gichtischen Personen“ versteht Redner nicht nur Patienten mit acutem Gichtanfall oder solche mit den charakterischen Gichtknoten der chronischen Gicht, sondern die weit grössere Anzahl derjenigen, die an den verschiedenartigen und oft dunkeln Symptomen der „Lithaemie“ mit ihrer mehr oder weniger constanten Neigung zur übermässigen Ausscheidung von oxalsauren, phosphorsauren und harnsauren Salzen, sowie von Harnsäure selbst leiden. Bei beiden Arten von Patienten sind häufig die oberen Luftwege afficirt, und wenn auch die gichtische Diathese nicht als die einzige Ursache der localen Processe angeschuldigt werden kann, so wirkt sie doch zweifellos als prädisponirendes Moment mit und übt einen modificirenden Einfluss auf dieselben. In den meisten Fällen, wenn nicht in allen, handelt es sich dabei um chronische Zustände mit einer Neigung zu paroxysmalen Exacerbationen. Entzündung ist nicht nothwendig ein Zug des Krankheitsbildes. Nach Redners Erfahrung sind die hervorstechendsten Symptome sensorischer Art. Schmerz und abnorme Sensationen bestehen an verschiedenen, dem Anscheine nach völlig gesunden Stellen. Bisweilen lassen diese Stellen während eines Anfalls Dilatation der Gefässe erkennen. Die Schleimhaut kann dunkel verfärbt sein, oder einzelne Follikel sind geschwollen und geröthet. Lieblingssitz der abnormen Sensationen sind im Kehlkopf die Epiglottis und die Aryknorpel. In manchen Fällen besteht eine diffuse Laryngitis mit einem „Corned beef“-Aussehen. Im Rachen scheinen die Tonsillen und das peritonsilläre Gewebe, sowie die Winkel zwischen hinterer und seitlicher Rachenwand am häufigsten afficirt zu sein. Bei Betheiligung des Nasopharynx kann die Luschka'sche Tonsille geröthet und geschwollen sein. Tubencatarrh und gichtische Veränderungen am Trommelfell können zu Uebelbefinden und eigenthümlichen Sensationen im Ohr Anlass geben.

Bei jugendlichen Patienten ist der Pharynx und Larynx oft mit einem graulichen zähen Schleim bedeckt; bei älteren Personen erscheint der Rachen häufiger trocken und blass, man sieht ein Netzwerk erweiterter und geschlängelter Gefässe oder verstreute livide Flecke. Spasmodische Verstopfung der Nasenathmung, mit oder ohne begleitende Coryza, spasmodische Schluckbeschwerden, ferner spasmodische Störungen der Stimme und der laryngealen und bronchialen Athmung sind in vereinzelten Fällen beobachtet worden. Die Diagnose hängt von der Analyse des Urins ab und von den sonstigen gichtischen oder lithämischen Symptomen. Die locale Behandlung soll möglichst mild und rein palliativ sein. Eine

dauernde Besserung kann nur durch eine geeignete diätetische, hygienische und medicinelle Behandlung des gichtischen Grundleidens erzielt werden.

Zur Discussion sprachen J. E. Logan (Kansas City, Mo.) und John H. Lowman (Clevelane, O.).

Bryson Delavan (New York) demonstrirte eine electrische Lampe zur Erleuchtung der Hals- und Nasenkrankheiten.

Nachmittags-Sitzung.

F. C. Cobb (Boston): Ein Fall von Angiom der Nasenscheidewand.

Die Patientin, ein Mädchen von 15 Jahren, wurde im Massachusetts Hospital im October 1892 untersucht. Sie klagte über Verstopfung der rechten Nase und Bluten aus derselben; diese Symptome bestanden seit 6 Monaten. Niessen war nicht beobachtet worden, dagegen gelegentlich ein dicker gelber Ausfluss aus der rechten Nasenseite. Der Allgemeinzustand zeigte Zeichen von Anämie; es bestanden Kopfschmerzen und leichtes Ermüden schon bei geringer Anstrengung. Die Untersuchung ergab eine kleine Geschwulst in der rechten Nasenseite, die sich mit einem dünnen Stiele am Septum ansetzte, über dem Ende der unteren Nasenmuschel, nahe der Vereinigung von Haut und Schleimhaut. Die Geschwulst war weich, an ihrer Basis sassen ein paar kleine Blutgerinnsel. Der Tumor bewegte sich mit der Respiration nach vorn und zurück, pulsirte aber nicht. Die rechte Nasenseite war etwas atrophisch; sonst fand sich in den oberen Luftwegen nichts Abnormes. Der Tumor wurde mit Hooper's Schlinge und Ecraseur entfernt; die Blutung war sehr gering. Die Basis wurde nicht cauterisirt; nach ein paar Tagen war alles geheilt. Im Juni 1893 noch hat die Patientin mitgetheilt, dass kein Recidiv aufgetreten ist.

Die mikroskopische Diagnose lautete auf „cavernöses Angiom". Es sind 19 Fälle dieser Art mitgetheilt worden, bei 7 aber fehlt die mikroskopische Untersuchung, so dass die Diagnose nicht ausser Zweifel ist; in 5 Fällen fand sich gleichzeitig myxomatöses Gewebe in der Geschwulst; auch diese können nicht als reine Angiome zählen.

Was die Symptome des Falles anlangt, so sind nur 2 von Bedeutung zu verzeichnen, die Blutung und die Verstopfung der einen Nasenseite. Unter den 7429 Fällen, die im Massachusetts General Hospital behandelt worden sind, ist kein anderer ähnlicher Fall vorhanden. Das reine Angiom kann in Malignität sich umbilden. Die Diagnose kann mit voller Sicherheit nur aus der mikroskopischen Untersuchung gestellt werden. Bezüglich der Behandlung stimmen alle Autoren dahin überein, dass die kalte Schlinge, bei langsamem Vorgehen, die sicherste Methode der Entfernung ist. In diesem besonderen Falle war die Blutung so gering wegen der Dünne des Stiels.

John W. Mackenzie (Baltimore) sah im vergangenen Jahre einen Fall dieser Art. Einer seiner Assistenten entfernte die Geschwulst mit der kalten

Schlinge. Die Abtragung geschah etwas eilig und die Blutung war recht erheblich. Redner ist überrascht, so oft noch eine unrichtige anatomische Schilderung der Nasenschleimhaut zu finden; dieselbe enthält ein Netzwerk cavernöser Sinusse. Darum hat man wiederholt fälschlich für echte Angiome gehalten, was in Wirklichkeit nur ein Uebergangsstadium zwischen einfach entzündlicher und echter hypertrophischer Rhinitis war. Auch bei einem anderen Zustande noch, nämlich bei herabhängender Nasenmuschel, kann diese bis ins Nasenloch sich vordrängen und zur Verwechslung mit echtem Angiom Anlass geben.

C. W. Richardson (Washington, D. C.): Ein Fall von Myxosarcom der Nasenhöhlen.

Der Fall bietet zahlreiche interessante Züge dar. Die Entwicklung der Geschwulst datirt nach den Beobachtungen der Eltern von der frühen Kindheit her. Zur Zeit des operativen Eingriffs war das Kind nur 4 Jahr 9 Mon. alt. Die Geschwulst war enorm gross, sie füllte die Nasen- und Rachenhöhle aus. Bis zur ersten Operation fehlte jede Blutung, bei derselben war sie nur gering. Interessant ist auch die rapide Neubildung der Geschwulst: 4 Tage nach der gründlichen Abtragung füllte sie bereits wieder die ganze linke Nasenseite aus. Vom pathologisch-anatomischen Standpunkte aus verdient noch Erwähnung, dass sich vereinzelte gestreifte Muskelfasern hier und da durch die Geschwulst verstreut fanden. Die erste Abtragung des Tumors geschah mit der Schlinge; nach dem schnellen Recidiv wurde ein radicales Verfahren gewählt, nämlich die Resection des Oberkiefers nach Billroth. Die Heilung schien danach eine vollständige. Aber nach 4 Monaten trat im Rachen und an den Lympydrüsen des Halses ein neues Recidiv auf, das schliesslich zum Tode führte.

James E. Logan (Kansas City): Sarcom des Nasenrachenraumes.

Pat. war ein 44jähriger Schullehrer. Im 40. Jahre hatte er einen Typhus durchgemacht. Bald nach der Genesung von demselben hatte er ein Gefühl der Völle im Halse wahrgenommen zugleich mit erheblichem Speichelfluss. Es fand sich damals ein Tumor, der in den Rachen hineinragte; derselbe wurde als fibroide Geschwulst angesehen und operativ entfernt. Vorübergehend machte sich danach eine Besserung in dem Gesundheitszustand des Pat. bemerkbar; bald aber verlor er den Apetit, magerte ab und auch die früheren Symptome von Seiten des Halses kehrten wieder, zusammen mit Schmerzen, die hauptsächlich auf das linke Ohr bezogen wurden. Die Diagnose wurde jetzt auf Sarcom gestellt. Die Geschwulst wuchs so rasch, dass eine neue Operation für nöthig erachtet wurde. Nicht weniger als 9 Eingriffe wurden in der Folgezeit durch das stete Nachwachsen der Geschwulstmasse noch nothwendig. — Als Redner den Patienten zuerst sah, war die Geschwulst zweimal so gross als ein Taubenei, sie lag zum Theil im Rachengewölbe, ein Theil dehnte sich etwa $^1/_4$ Zoll lang an der hinteren Rachenwand nach unten zu aus. Der Tumor erschien gelappt und breitbasig. Der Allgemeinzustand des Pat. lag sehr darnieder, Pat. litt unter starken Schmerzen im Ohr und Hinterkopf. Die Digitaluntersuchung verursachte eine reichliche Blutung. Es wurde nun der weiche Gaumen zurückgebunden, eine 10proc. Cocainlösung appli-

cirt und mit dem Galvanocanter die Geschwulst in 3 Theile getheilt. Der eine Theil wurde mit dem galvanokaustischen Messer abgetragen; die Blutung war nur unbedeutend; auf die Basis wurde Eisenpersulfat applicirt. Nach einer Woche waren die beiden übrigen Theile stark geschrumpft und jetzt wurden auch diese, ganz wie der erste Abschnitt, abgetragen. Die mikroskopische Untersuchung ergab, dass es sich um ein Rundzellensarcom handelte. Bisher sind 20 solcher Fälle mitgetheilt, nur in einem derselben war die Heilung dauernd. Redner empfiehlt, bei der Operation dieser Fälle nur die allermildesten Mittel anzuwenden und jede Reizung der umgebenden Gewebe nach Kräften zu vermeiden.

Zur Discussion über die beiden letzten Vorträge sprach Ingalls (Chicago), der selbst über 2 Fälle von intranasalen Tumoren berichten konnte.

Die Discussion über „die locale und allgemeine Behandlung des Heufiebers" wurde von D. Bryson Delavan (New York) eröffnet. Nach ihm sprach

Price Brown (Toronto), der selbst an der Krankheit gelitten hat. Er konnte sensitive Stellen in seiner eigenen Nase constatiren und cauterisirte diese. Später trug er ein Stück von seiner Uvula ab, da diese ihm der eigentliche Ausgangspunkt der Reflexstörung zu sein schien. Einmal konnte er eine Attake durch Alumnollösungen lindern. Seinen Patienten gab er schwache Cocainlösungen, die er stets selbst dispensirte, danach Menthol in Albolen, 0,2—1,2 auf 30g.

J. O. Roe (Rochester) konnte in jedem Falle von Heufieber eine locale intranasale Läsion aufdecken. Er bezweifelt das Vorkommen der sogen. allgemeinen „neurotischen" Fälle. Das Freisein der Nasenpassage setzt noch keineswegs einen normalen Zustand der Nasenschleimhat voraus. Es besteht jedesmal oder bestand doch eine gewisse Zeit ein intranasaler Druck und dieser muss beseitigt werden, damit die Behandlung Erfolg haben kann. Die Nasenstörungen können auch von Läsionen in anderen Regionen ihren Ausgang nehmen und diese können fortdauern auch nach Beseitigung der primären Störung. Für die vasculäre Turgescenz stellt der Galvanokauter das einzig gute Mittel dar. Von einer vorstehenden Muschel soll nur der Abschnitt, der den Druck verursacht, abgetragen werden und nie die ganze Muschel.

S. S. Koser (Williamsport, Pa.) findet Terpentin innerlich gegeben, nützlich. Auch Carbolsäureinhalationen oder solche von Campher in Chloroform wirkten gut. K. trägt lieber Stücke vom Knochen ab, die Wirkung der Cauterisation erscheint ihm nicht dauernd genug.

James E. Logan schliesst sich auf Grund seiner Erfahrungen ganz den Ansichten von Roe an. Er gebraucht den Cauter vor dem Anfall und giebt innerlich Pillen von Natriumnitrit mit Campfer, 6—8 Wochen lang nach Vollendung des Anfalls.

J. H. Bryan (Washington) ist der Meinung, dass unter dem Namen des Heufiebers zwei verschiedene Zustände zusammengefasst werden; man könnte sonst nicht so gänzlich einander widersprechende Anschauungen über die der Krankheit

zu Grunde liegenden pathologisch-anatomischen Verhältnisse finden. Die sogen. „neurotischen“ Fälle hält er nicht für dauernd heilbar.

E. Fletcher Ingalls (Chicago) gebraucht den Cauter auch zwei oder drei Wochen vor dem Paroxysmus, so dass bei dessen Ausbruch die Schorfe bereits abgeheilt sind. Er cauterisirt jedoch nur ganz oberflächlich, um der Narbenbildung aus dem Wege zu gehen. Innerlich giebt er Bruciaphosphat, Campher, Hyoscyamus, Chinin etc. und zwar bereits eine Woche vor dem Anfall.

John N. Mackenzie ist froh darüber, dass keiner der Redner auf die „Pollen-Theorie“ als die Ursache der Krankheit Bezug genommen hat, dieselbe hat der richtigen Auffassung der Krankheit nur im Wege gestanden. Redner kennt Fälle, in denen in den Intervallen zwischen den Anfällen keinerlei Veränderung im Respirationstractus besteht. Die Reizung durch Druck, meint er, müsse eher Atrophie als Hypertrophie hervorbringen. Die verschiedenen Formen von Rhinitis, die hyperaesthetische, vasomotorische etc. sollten alle in eine Rubrik zusammengefasst werden. Redner verordnet Nerven-Tonica, wie Chinin, phosphorsaures Zink und Nux vor dem Essen und Fowler'sche oder Donovan'sche Lösung nach den Mahlzeiten. Ist der Athemtractus an irgend einer Stelle afficirt, so muss dort natürlich die Behandlung eingreifen. Mit dem Cauter soll jede sensitive Stelle behandelt werden.

---

3. Tag. — Donnerstag, den 7. September.

D. Bryson Delavan (New York, City): Die schliessliche Prognose vernachlässigter adenoider Vegetationen.

Es ist die Frage erhoben worden, ob adenoide Wucherungen, sich selbst überlassen, verschwinden und das Rachengewölbe in normalem Zustande zurücklassen? Im allgemeinen ist diese Frage zu verneinen; es bleibt ein gewisser pathologischer Zustand zurück, der durch das ganze Leben des Patienten fortdauern kann.

1. Die Schwellung braucht nicht zurückzugehen und selbst eine geringgradige Hypertrophie ist ausreichend, um ernste Störungen von jahrelanger Dauer hervorzurufen.

2. Die sogen. „Thornwaldt'sche Krankheit“ scheint nichts anderes als vernachlässigte adenoide Wucherungen zu sein.

3. Das Verschwinden der Hypertrophie kann von atrophischen Vorgängen im Rachengewölbe begleitet sein, deren Resultat ein dem Patienten sehr lästiger und sehr schwer zu behandelnder pathologischer Zustand ist.

Alle diese Zustände haben aber nicht allein einen localen Einfluss am Sitze der Veränderung, sondern sie können weitreichende und sehr schwere Folgen an anderen Organen zeitigen. Die schliessliche Prognose vernachlässigter adenoider Hypertrophie ist danach nicht als günstige zu bezeichnen.

Price Brown (Toronto) fragt, ob ein Vorwiegen der Adenoidgeschwülste bei Knaben oder Mädchen bemerkt worden ist und ob Erblichkeit eine Rolle spielt. Er selbst sah die Krankheit häufiger bei männlichen Individuen.

Delavan erwidert, dass beide Geschlechter in gleichem Maasse befallen sind und dass Erblichkeit zweifellos ein ätiologischer Factor ist. Die Kinder erben entweder die Adenoidtumoren selbst oder eine zu Grunde liegende rheumatische, syphilitische oder tuberculöse Diathese, welche zu lymphoider Hypertrophie prädisponirt. Das Leiden ist in feuchten und unbedeckten Gegenden häufiger, kommt aber auch in trockenen Höhenklimen vor.

H. Holbrook Curtis (New York City): Der Effect unrichtiger Gesangsmethoden auf die Stimmorgane.

Redner beschreibt die verschiedenen Methoden der Lautbildung, wie sie die verschiedenen Gesangslehrer der Jetztzeit lehren, und bespricht die verschiedenen Methoden der Athmung und der Stimmbildung. Er glaubt nicht, dass die Kehlkopfphotographie jemals ein ganz richtiges Bild von der normalen Phonationsstellung der Stimmbänder giebt. Schon die durch das blosse Einführen des Kehlkopfspiegels hervorgerufene Veränderung in den anatomischen Beziehungen der Theile verhindert, dass die Stimmbänder die richtige physiologische Stellung, wie sie für die normale Stimmleistung erforderlich ist, einnehmen. Für die geeignetste Athemmethode hält Redner die infracostal-diaphragmatische. Der Schildknorpel wird herabgedrückt und die Trachea mehr gespannt, weil bei dieser Methode die Lungenspitzen auf ihr Maximum aufgeblasen werden. Richtige methodische Stimmübungen werden manche von den einfacheren hyperämischen Affectionen des Kehlkopfes zu heilen vermögen, sie wirken gewissermaassen als eine Art Massage der Kehlkopfmuskeln.

John N. Mackenzie (Baltimore): Ein Fall von Aspergillus-Mykose der Kieferhöhle.

Der Fall ist in John's Hopkins Hospital Bulletin November 1892 und in den Transactions of the American Laryngological Association 1893 bereits publicirt und im Centralblatt auch referirt worden.

E. Fletcher Ingalls (Chicago): Hysterische Aphonie und Taubheit.

Es handelte sich um einen gewöhnlichen Fall hysterischer Aphonie bei einer 23jährigen Lehrerin, complicirt mit einer ziemlich seltenen Erscheinungsform der Hysterie, nämlich Taubheit. Unter geeigneter Behandlung erfolgte Besserung beider Symptome.

Merrick (Baltimore) zweifelt an der rein hysterischen Natur des Falles wegen der langen Zeit, deren Ingalls bedurfte, um eine Besserung zu erzielen.

Curtis (New-York) sah Taubheit bei hysterischer Aphonie, ohne jedoch einen ursächlichen Zusammenhang zwischen beiden zu vermuthen; die Heilung der Aphonie führte aber eine erhebliche Besserung der Taubheit herbei.

James E. Logan (Kansas City) berichtet über einen Fall von hysterischer Aphonie mit Verdickung der Taschenbänder. Er glaubte diese auf das vicariirende Eintreten derselben bei dem Phonationsakt zurückführen zu müssen.

Curtis glaubt, dass die Taschenbänder bei hysterischer Aphonie immer verdickt sind, hält es aber nicht für möglich, dass diese Bänder durch willkürliche Anstrengung zusammengebracht werden. Er zweifelt deshalb an ihrer vicariirenden Thätigkeit und glaubt eher, dass ihre Verdickung die Ursache der Aphonie ist.

Price Brown weist auf die Gefahr hin, die in der Cumulativwirkung von Strychnindosen, wie sie Ingalls gab, gelegen ist.

Logan erklärt, dass er in seinem Falle die Taschenbänder bei dem Phonanationsversuch sich durch $^2/_3$ ihrer Gesammtlänge hin einander nähern sah.

Curtis macht auf die Thatsache aufmerksam, dass bei hohem Fieber die Alkaloide nicht cumulativ wirken.

Ingalls schliesst die Discussion, indem er einige Regeln für die Strychninanwendung giebt.

Nachmittags-Sitzung.

S. E. Solly: Bericht über Fälle von tuberculöser Laryngitis, die in Colorado Springs behandelt wurden.

Der Bericht umfasst 45 Fälle unter einer fortlaufenden Reihe von 250 Phthisikern, welche ausgesprochene Erscheinungen tuberkulöser Kehlkopfaffection zeigten. Um ein sicheres Urtheil über den Erfolg zu gewinnen, verwerthet der Bericht nur solche Fälle, die mindestens 2 Jahre in Beobachtung stehen. Der Erfolg war ein sehr guter. Redner giebt zu, dass derselbe trotz des Climas nicht erzielt worden wäre, ohne die gleichzeitige sorgfältige Localbehandlung; aber ebenso steht fest, dass trotz gleich sorgsamer Localtherapie in niederen Climaten solche Resultate zumeist nicht erzielt wurden. Als Allgemeinprincip stellt Redner hin, dass Anregung nützlicher ist, als Beruhigung, ferner dass von der grössten Bedeutung die Reinhaltung der Theile ist; von Droguen und Methoden werden eine ganze Anzahl namhaft gemacht, die besonders in ihrem Wechsel von Nutzen sind.

T. Morris Murray (Washington): Bericht über die Behandlung tuberkulöser Kehlkopfgeschwüre nach Krause's Methode.

Redn. giebt eine Statistik über die Resultate der Behandlung und berichtet über eine Reihe von Fällen, bei denen tuberculöse Geschwüre am weichen Gaumen, an der Uvula, den Rachenwänden und im Larynx sassen. Redner kommt zu folgenden Schlüssen: Wo immer Milchsäure direct auf die granulirende Fläche eines tuberculösen Geschwürs applicirt werden kann, da wird der Schmerz, der das Ulcus begleitet, prompt gelindert und das Geschwür heilt bald. Dieses Resultat erhält man in gleicher Weise, ob grosse Schwäche des Patienten besteht oder

nicht. Die Besserung, die die Milchsäureapplication gewährt, behält ihren Werth selbst in Fällen, in denen keine Hoffnung besteht, das Leben des Patienten zu verlängern.

E. L. Shurly (Detroit): Der Gebrauch ameisensaurer Salze bei Ulcerationen der Rachen- und Kehlkopfschleimhaut.

Die kaustischen Eigenschaften der Ameisensäure sind lange bekannt. Sh. hat die Säure in der gewöhnlichen Weise hergestellt und dann mit den Basen Natrium, Ammonium, Calcium, Barium, Kupfer und Eisen vereinigt. Auch Jodoformate von Natrium, Ammonium, Calcium und Eisen konnte er herstellen. Alle diese Salze waren für Mäuse giftig bei subcutaner Application von 0,03--0,12 g. Bei Einführung per os war der Effekt der gleiche, nur trat er langsamer ein. Ratten wurden durch 0,3—0,6 g des Kupfer-, Calcium- oder Bariumsalzes getödtet. Sämmtliche Salze scheinen eiterungshemmende Eigenschaften zu haben und auch für die Bacillen in tuberculösem Sputum, ebenso wie für verschiedene andere Bakterien giftig zu sein. Am wenigsten giftig wirkten das ameisensaure Natrium und Ammonium. Bei Affen, die Formate erhielten, wurde nur Röthung der Zunge, Salivation und Störung des Appetits notirt.

Die Ammonium-, Natrium- und Eisensalze wurden bei Patienten mit Lupus, Sarcom und Epitheliom, ferner bei tuberculösen Processen versucht. Gelegentlich trat danach eine leichte Stomatitis auf; eine Einwirkung aber auf den Process in der Lunge war bei tuberkulösen Kranken nicht wahrzunehmen. Sonst wurden nur dieselben Erscheinungen wie beim Affen verzeichnet. Auch als Spray und in Gestalt von Einblasungen, in diesem Falle zu gleichen Gewichtstheilen mit Amylum, wurde das Mittel versucht. Eine 5—10 proc. Lösung von ameisensaurem Natrium erwies sich bei epithelialen, tuberkulösen und syphilitischen Geschwüren nützlich. Das ameisensaure Eisen schien septische Processe günstig zu beeinflussen. Schmerz verursachten die Salze in keinem Falle, nur das Kupfersalz wirkte gelegentlich leicht stechend.

In der Discussion über die drei letzten Vorträge erklärte Mackenzie, dass wir jetzt in der Lage wären, unseren Patienten bei manchen tuberkulösen Processen der oberen Luftwege völlige Heilung zu versprechen. [„Versprechen"? Red.]

Price Brown sah einen einzigen Fall von tuberkulöser Infiltration und Ulceration des Larynx vollständig heilen. Er gebrauchte in diesem Fall zuerst den Galvanocauter; später curettirte er, benutzte dann aber nicht Milchsäure, sondern vielmehr Menthol in Albolen (5—10 pCt.).

Merrick (Baltimore) hat schwache Milchsäurelösungen verwandt, aber niemals einen Fall von Heilung beobachtet.

H. H. Curtis (New York) ist der Ansicht, dass die gesammten Verhältnisse in Colorado an den Erfolgen, die Solly berichtet hat, viel Antheil haben. Er selbst hat früher 3 Heilungen unter 4 Fällen mitgetheilt, doch bei 2 von diesen ist seither ein Recidiv eingetreten. Würde man die Fälle 5 Jahre lang weiterverfolgen, so würde der Procentsatz von Heilungen sich weit verringern. In dem

einen Falle, der ihm geheilt blieb, war das linke Stimmband gänzlich ausgefressen, nur ein fleischiger Fetzen — wahrscheinlich ein Rest von Fasern des Musc. thyreo-arytaenoideus — sass an der Stelle des früheren Stimmbandes und wirkte bei der Phonation als vibrirendes Medium.

Delavan erinnert an die Thatsache, dass gelegentlich ein Fall heilt ohne jede Behandlung. Andere Fälle wurden durch zweckmässige örtliche Medication zum Stillstand gebracht. Krause's und Heryng's Methode des Curettements mit Milchsäureätzung hat zahlreiche Fälle gebessert und schliesslich ist auch das Trudeau'sche modificirte Tuberculin zu erwähnen, das auf einem von dem Koch'schen gänzlich verschiedenen Wege gewonnen wird und das gute Erfolge verspricht. Das weitaus beste natürlich für Tuberkulose wäre ein geeignetes Clima und an demselben eine geeignete Behandlung in systematischer Weise angewandt. Die „phlegmatische Disposition" der Deutschen liess Krause und Heryng bessere Resultate erzielen, als wir sie in unserem Lande aufweisen konnten.

Ingalls hat das Natriumformat versucht, aber ohne besondere Resultate. Zwei Fälle sah er sich erheblich bessern unter der Application von Jodtrichlorid (0,06—0,15 auf 30 Wasser); wenn dieses mit purulenten Stoffen in Berührung kommt, zersetzt es sich und Jod wird frei.

Im Schlusswort bemerkt Solly, dass der Nutzen Colorados oft durch die ängstliche Stimmung der Patienten, die fern von ihren Angehörigen und ihrer Beschäftigung an Heimweh leiden, wieder aufgehoben wird. Ein Vortheil für den Arzt in Colorado liegt auch darin, dass er den Kranken häufiger sieht und mit dessen Lebensgewohnheiten vertrauter wird, als dies wo anders der Fall ist.

Lefferts.

---

b) Marcel Lermoyez (Paris). **Rhinologie, Otologie, Laryngologie in Wien. (Rhinologie, Otologie, Laryngologie à Vienne)** Paris. Georges Carré. 1894. pp. 533.

Seit einer Reihe von Jahren haben successive französische Unterrichtsminister gelegentlich hervorragende französische Fachgenossen mit dem Studium der Unterrichtsmethoden in unserem Specialfach an Universitäten des Auslands betraut, und diesem höchst nachahmenswerthen Vorgehen verdanken wir eine Anzahl genauer und werthvoller Berichte über den jeweiligen Stand der Unterrichtsverhältnisse in der Laryngologie und Rhinologie in Oesterreich, Deutschland und England. Das uns gegenwärtig zur Besprechung vorliegende Werk, welches sich fast ausschliesslich mit den Wiener Verhältnissen beschäftigt, — nur der Zaufal'schen Klinik in Prag wird ausserdem eingehend gedacht — muss, ohne seinen Vorgängern zu nahe treten zu wollen, unbedingt als die Perle unter allen diesen Berichten bezeichnet werden, und begründet in der That eine ganz neue Gattung in unserer Specialliteratur. Als ich das dicke Buch — es umfasst 533 Seiten — zur Hand nahm und sah, dass es einen einfachen Bericht über die Unterrichtsverhältnisse in zwei Specialfächern an einer einzelnen Universität darstellte, war mein

erster, unwillkürlicher Gedanke, wie ich gern bekennen will: „Wie kann man nur so viel über eine so einfache Sache schreiben?" Und ich will auch gestehen, dass ich eine gewisse Neugierde hegte, wie der Autor es überhaupt fertig gebracht habe, ein Buch über ein so begrenztes Thema zu einem solchen Umfang anschwellen zu lassen. Darüber hat mich die Lectüre des Buches in der angenehmsten Weise aufgeklärt. Der Verfasser bezeichnet es in der Vorrede als seine Aufgabe, seinen französischen Specialcollegen, die gleich ihm selbst nur eine begrenzte Zeit zum Studium der Wiener Unterrichtsverhältnisse in der Laryngologie, Rhinologie und Otologie zur Verfügung haben, durch eine Schilderung der Einrichtungen, der Kliniken und Polikliniken, der Methoden des Unterrichts an denselben etc. die Schwierigkeiten in der Wahl der Collegien und den Zeitverlust zu ersparen, die sich ihm selbst bemerklich gemacht haben. Sagen wir es gleich, dass er seine Aufgabe nicht nur glänzend gelöst hat, sondern seinen Lesern weit mehr bietet, als er verspricht und als man nach der bisher üblichen Form medicinischer Reiseberichte erwarten durfte. In klarer, eleganter und fesselnder, nicht selten von feinem Humor gewürzter Form giebt er zunächst ein Bild von dem allgemeinen Studium der Medicin in Wien und von der Weise, in welcher sich die österreichische, medicinische Hierarchie aufbaut, dann von der wunderbaren Organisation des Unterrichts an der Wiener Hochschule, die noch heute neben der Bedeutung und dem Rufe der einzelnen Lehrer das Geheimniss der Anziehungskraft dieser Universität für strebsame Jünger der Medicin aller Länder ausmacht; er schildert weiterhin das Allgemeine Krankenhaus und die Poliklinik, die einzelnen rhinologischen, laryngologischen und otologischen Kliniken, und giebt im zweiten Theile seines Werkes eine ganz genaue, höchst interessante Beschreibung der an jeder dieser Kliniken für die einzelnen in unser Fach fallenden Leiden geübten Operations- und Behandlungsmethoden. Eine vergleichende Beschreibung dieser Art ist, soviel mir bekannt, etwas ganz Neues, und man kann den Verfasser nur zu dem riesigen Fleisse beglückwünschen, mit dem er seine Studienzeit in Wien ansgenutzt hat. — Dabei handelt es sich nicht etwa nur um eine trockene und ermüdende Aufzählung aller einzelnen Operationsmethoden und -Mittel, sondern der Verfasser übt gleichzeitig — immer in urbanster Form — oft eine eigene, verständige Kritik aus, contrastirt an anderen Stellen scharf die total divergirenden Ansichten und Lehren, die er an den einzelnen — local oft so benachbarten — Kliniken zu hören bekommen hat, zieht wieder an anderen Stellen die Verhältnisse seines eigenen Heimathlandes zum Vergleich heran, — kurz er bleibt immer interessant! — Mit am fascinirendsten für mich sind die, oft mit photographischer Treue aufgenommenen, stets von dem Bestreben Gerechtigkeit zu üben, beseelten Charakteristiken der einzelnen Lehrer der Laryngo-Rhino-Otologie zu Wien und ihrer persönlichen Lehrmethoden. Es muss dem Verfasser unstreitig zugestanden werden, dass er diesen delikaten Theil seiner Aufgabe mit glücklichem Takt und ohne je zu verletzen gelöst und dass einzelne seiner Portraits vielleicht mit sympathischerem Pinsel ausgeführt sind, als andere, ist nur menschlich und leicht erklärlich. Jedenfalls werden alle alten Wiener Studenten die vorgeführten Bilder als treu anerkennen und sich lebhaft in die schöne Wiener Studienzeit zurückversetzt fühlen. Aber das Buch verdient, von allen Laryngologen, nicht nur solchen, die

einen Theil ihrer Ausbildung an der Wiener Hochschule genossen haben, gelesen zu werden. So paradox es klingen mag, so glaube ich doch sagen zu können, dass die erfahrensten Laryngologen aus ihm vielleicht mehr lernen werden, als Anfänger! Felix Semon.

III. Briefkasten.

Personalia.

Zum Ersatz für den jüngst verstorbenen Prof. Dr. Lemcke ist Dr. O. Körner (Frankfurt a. M.) nach Rostock berufen worden, um die Leitung der Universitätspoliklinik für Kehlkopf- und Ohrenkrankheiten zu übernehmen.

Dem „Journal of Laryngologie“ (November 1894) entnehmen wir die Mittheilung, dass dem „Vater der adenoiden Vegetationen“, unserem allverehrten Collegen W. Meyer (Copenhagen) bei Gelegenheit seines 70. Geburtstages am 25. October von den jüngeren Specialisten Dänemarks eine reich ausgestattete Adresse überreicht worden ist. Den Glückwünschen seiner engeren Landsleute schliessen sich die der Laryngologen und Rhinologen der ganzen Welt mit nicht minderer Herzlichkeit an.

Sammelforschung betreffend die operative Behandlung bösartiger Kehlkopfneubildungen.

Mein Aufruf, welcher in der Juli-Nummer dieses Blattes erschienen ist, hat einen unerwartet grossen Anklang in der laryngologischen und chirurgischen Welt gefunden. Als Beweis dafür dient die grosse Menge veröffentlichter, sowohl als noch nicht veröffentlichter Fälle, welche man mir freundlichst von verschiedenen Seiten eingesandt hat. — Da es mir unmöglich ist einem jeden der Herren Einsender einzeln zu danken, so sage ich hiermit herzlichen allgemeinen Dank für die mir freundlichst gewährte Unterstützung. — Zugleich benutze ich die Gelegenheit, um noch einmal die Aufmerksamkeit jener Herren Laryngologen und Chirurgen, welche bis jetzt mir ihre Beobachtungen (Separat-Abdrücke oder brieflich) nicht eingesendet haben, auf meinen Aufruf zu lenken. Mit dem 1. Januar 1895 beabsichtige ich den Anfang der Bearbeitung des angesammelten Materials zu machen.

23. October 1894. Dr. Johann Sendziak.
Warschau — Polen, Russland.
139 Marszalkowskastrasse.

Gedruckt bei L. Schumacher in Berlin.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XI. Berlin, Januar. 1895. No. 7.

I. Referate.

a. Allgemeines, äusserer Hals etc.

1) **J. Kerr. Gesundheitsstörungen bei Schulkindern. (Defective school board children.)** *Brit. Med. Journal. 22. Juni 1894.*

Von 10755 Volksschulkindern zeigten 2,2 pCt. mangelhafte Hörschärfe, meistens in Folge von Halsaffectionen, 113 hatten Sprachfehler in verschiedener Intensität, von leichtem Stottern bis zu völliger Unverständlichkeit der Sprache.

ADOLPH BRONNER.

2) **J. Schnitzler** (Wien). **Status thymicus.** Demonstration der Präparate. Sitzung der Gesellschaft der Aerzte. 11. Mai 1894. — *Wiener klin. Wochenschrift. 1894. No. 20.*

Eine 31 Jahre alte Frau starb kurze Zeit nach Strumektomie unter dem Auftreten sehr seichter Athmung bei gutem Puls. Bald hörte auch der Puls und die Athmung auf. Die Section zeigte beträchtliche Thymuspersistenz, Hyperplasie aller lymphoiden Gebilde, Enge des Aortensystems und in den langen Röhrenknochen viel rothes Mark. Solche Patienten haben geringe Widerstandskraft. Plötzliche Todesfälle kommen bei ihnen häufig vor, sind aber nicht durch Erstickung veranlasst (A. Paltauf). Nicht selten findet sich St. thymicus bei Morbus Basedowii. An der Discussion betheiligten sich Eisenschitz, Kohn, Haberda, Teleky, Ewald und R. Paltauf. Letzterer betont, dass die Persistenz der Thymus meist Folge von lymphatischer Körperbeschaffenheit sei und die Individuen weniger widerstandsfähig mache. Der Tod erfolge nicht durch Erstickung.

CHIARI.

3) **B. Beer** (Wien). **Ueber die künstliche Athmung.** *Wiener medicin. Blätter. 1894. No. 27.*

B. betont die Wichtigkeit der künstlichen Athmung für die Bekämpfung schwerer Asphyxien in Folge von Einwirkung starker elektrischer Ströme, Chloroform, Morphium, von Ertrinken etc. und räth dazu die Anwendung eines Blase-

balges ohne oder nach Ausführung der Tracheotomie. Er erwähnt einen Apparat von Fell, der ebenfalls Blasebälge enthält, der Methoden von Silvester, Marshall Hall, Howard, Schüller, König, Böhm, der rhythmischen Zungentractionen Laborde's und endlich der rhythmischen Bestreichung von Mund- und Lippenschleimhaut mit Eis, die er mehrmals mit Erfolg anwendete. CHIARI.

4) **Richter. Culturen des Influenzabacillus. (Cultures of the bacillus of influenza.)** *N. Y. Med. Record. 24. Februar 1894.*

R. demonstrirt Culturen des Influenzabacillus auf mit Blutserumschicht bedeckten Agarplatten. Die Kolonien sind stecknadelkopfgross. Der Bacillus färbt sich mit den gewöhnlichen Farbstoffen, die beiden Enden nehmen die Farbe stärker an, als das Centrum. LEFFERTS.

5) **Redactionelle Notiz. Auf dem Pfade der Grippe. (In the wake of the grippe.)** *N. Y. Med. Journal. 7. April 1894.*

Nichts von Bedeutung. LEFFERTS.

6) **Roland G. Curtin u. Edward W. Watson. Kurze Studie über einige ältere Epidemien und ihre Beziehung zur Influenza mit Bemerkungen über die Epidemie 1893—94 und die neuen Behandlungsmethoden. (A brief study of some ancient epidemics and their relation to influenza with notes on the epidemic of 1893—94, and recent methods of treatment.)** *N. Y. Medical Journal. 31. März 1894.*

Die ausführliche und interessante Arbeit sei allen, die mit dem Gegenstande sich näher beschäftigen, besonders empfohlen; innerhalb der Grenzen, die einem Referate gesteckt sind, lässt sich ihr Inhalt nicht genügend wiedergeben.

In derselben Nummer des Med. Journal finden sich auch die Arbeiten von Carl Seiler über „Amerikanische Grippe oder Myxoides Oedem“ und von Edward W. Watson über „Influenza-Neuritis“; alle drei wurden auf der letzten Versammlung der Philadelphia County Medical Society (28. Februar 1894) vorgetragen und discutirt. LEFFERTS.

7) **Ramon Guiteras. Die Influenza; ihre Ursachen, Complicationen und Behandlung. (Influenza — causes, complications and treatment.)** *N. Y. Med. Record. 20. Januar 1894.*

Bei Catarrh der oberen Luftwege schaffen Pillen von Belladonna, Campher, Menthol und Chinin, 2 oder 3 stündlich gegeben, schnelle Besserung. Bei Pharyngitis und Tonsillitis ist ein adstringirender Spray oder ein Gurgelwasser geboten.

Sind laryngeale und tracheale Symptome im Vordergrunde, so sind Inhalationen von Tr. benzoin. comp. am zweckmässigsten. Bei der trockenen und halbasthmatischen Form von Bronchitis, die häufig vorkommt und die mehr eine Congestion der Bronchialschleimhaut mit spasmodischem Husten zu sein scheint, hilft eine Mixtur von Belladonna und Morphium. Bei Bronchitis mit reichlicher Sekretion dagegen ist Ammonium muriaticum oder ein kräftiger reizendes Stimulans zu geben. LEFFERTS.

8) **Diamantberger. Intramusculärer Abscess im Anschluss an einen Grippeanfall. (Intramuscular abscess following an attack of Grippe.)** *N. Y. Med. Journal. 7. April 1894.*

Der Fall interessirt wegen der sonderbaren Natur der Complication. Die Grippe musste als directe oder indirecte Ursache der intramusculären Abscesse angesehen werden. LEFFERTS.

9) **Edwin R. Maxon. Influenza (Grippe). (Influenza. La Grippe.)** *N. Y. Med. Journal. 17. Februar 1894.*

Bei complicirender Mandelentzündung soll man ein warmes Tuch um den Hals tragen und als Gurgelwasser 3 Theile einer Lösung von 15 g Ammoniumchlorid von 480 ccm Wasser mit 1 Theil Weinessig nach jeder Mahlzeit, sowie Morgens und Abends, bis die Entzündung vorüber ist, gebrauchen lassen. Später eignet sich, wenn eine Reizbarkeit des Schlundes bestehen bleibt, als Gurgelwasser eine Auflösung von je 1 Theelöffel Alaun und Borax in 240 ccm süss gemachtem Salbeithee. LEFFERTS.

10) **Juchel-Renoy. Die Behandlung der Influenza. (Treatment of influenza.)** *N. Y. Med. Journal. 31. März 1894.*

Verf. theilt seine Fälle hinsichtlich der Behandlung in schwere, pseudoschwere und gutartige. Für die erste Abtheilung empfiehlt er Bäder, Abkühlungen und ausgiebigen Gebrauch von Alkohol. Bei der zweiten Klasse verwendet er Alkohol in kleinen Dosen, reichliche Getränke und Ableitung mittelst Senfpflaster und trockener Schröpfköpfe. Bei der dritten Gruppe kann man, wenn Schmerz besteht, Antipyrin oder Salipyrin geben; allein man soll diese Mittel nicht eher verordnen, als bis man sich von dem guten Functioniren der Nieren überzeugt hat. In allen Fällen von schwerer und lange bestehender Infection hält Verf. das Antipyrin für gefährlich; Chinin bringt, wie er sich wieder und wieder überzeugt hat, keinen Nutzen. LEFFERTS.

11) **Maximowicz. Gegen Influenza. (For influenza.)** *Philad. Medical News. 14. April 1894.*

Rp. α Naphthol 10,0
Magnesii calc. 4,0
Phanacetin 6,0

M. fiant pulv. No. XX. S. 4—6 mal am Tage ein Pulver. LEFFERTS.

b. Nase und Nasenrachenraum.

12) **Fr. Fischenich. Ueber das Hämatom und die primäre Perichondritis der Nasenscheidewand.** *Archiv für Laryngologie u. Rhinologie. Bd. II. Heft 1.*

Die Entstehung eines Hämatoms der Nasenscheidewand erfolgt fast ausschliesslich durch Trauma; dass trotz der Häufigkeit von Nasenverletzungen so selten Septumhämatome beobachtet werden, hängt theils von der Art und Weise

ab, wie das Trauma erfolgt, theils von den anatomischen Bedingungen der Nase. Die Elasticität des Knorpels spielt dabei eine grosse Rolle. Die Fractur des Septums verbindet sich nicht selten mit Hämatom, doch kommen zweifellos spontane Hämatome ohne Scheidewandbruch vor. Die vollständige Resorption des Hämatoms erfolgt nur ausnahmsweise; vielmehr bildet dasselbe sich in eine Cyste mit mehr oder weniger blutig-serösem Inhalt um, noch häufiger erfolgt Uebergang in Eiterung. Fast regelmässig entsteht bei sich selbst überlassenen Hämatomen durch Druckusur Perforation des Septums. Als Therapie empfiehlt F. für alle Fälle die Eröffnung der Geschwulst mit nachfolgender Tamponade. Bei doppelseitigen Tumoren soll beiderseitig breit incidirt werden.

Zum Schluss berichtet F. über 2 Fälle von seröser Perichondritis der Nasenscheidewand; im einen blieb die Aetiologie dunkel, während im zweiten die Entzündung ersichtlich von Zahncaries ausging.

F. KLEMPERER.

13) **Arthur Kuttner. Die sogenannte idiopathische acute Perichondritis der Nasenscheidewand.** *Archiv für Laryngologie u. Rhinologie. Bd. II. Heft 1.*

Verf. berichtet über 3 neue Fälle von Perichondritis der Nasenscheidewand; in allen 3 sank nach der durch breite Incision und Curettement erzielten Entleerung des Eiters das Fieber und die Heilung trat innerhalb weniger Tage ein. Verf. verwirft für die beschriebene Affection den Namen der idiopathischen Perichondritis und will sie als acute Phlegmonen bezw. Abscesse der Nasenscheidewand bezeichnet wissen.

F. KLEMPERER.

14) **Otto Schadewaldt** (Berlin). **Der blutende Polyp der Nasenscheidewand.** *Archiv f. Laryngologie. Bd. I. H. 3. 1894.*

Verf. hat 4 Fälle dieses Leidens beobachtet. Die Polypen sitzen am vordersten Theile des Nasenseptums; sie zeichnen sich durch ihre starke Tendenz zum Bluten aus. Bevorzugt scheint das weibliche Geschlecht in den Pubertätsjahren und die linke Seite der Nase zu sein (von den bisher berichteten 10 Polypen dieser Art waren 8 linksseitig). Die kurzgestielten Polypen wachsen bisweilen sehr schnell und zu erheblicher Grösse; ihr klinischer Verlauf aber ist ein durchaus gutartiger. Nach der Exstirpation — am besten mit dem Galvanokauter — erfolgt kein Recidiv. Anatomisch besteht der Polyp in der Hauptsache aus Bindegewebe, das reich an weiten Gefässen ist (Fibroma fungoides teleangiectodes).

F. KLEMPERER.

15) **Arthur Alexander** (Berlin). **Bemerkungen zur Anatomie des „blutenden Septumpolypen".** *Archiv für Laryngologie und Rhinologie. Bd. I. Heft 3. 1894.*

Verf. hat 3 Tumoren mikroskopisch untersucht, die sich in der Sammlung mikroskopischer Präparate der Berliner Polikinik für Hals- und Nasenkranke (Prof. B. Fränkel) befanden und die nach dem früheren Sitz der Geschwulst und dem klinischen Verlauf der betreffenden Fälle zu den von Schadewaldt als „blutende Septumpolypen" bezeichneten Neubildungen zu rechnen sind. Die Tumoren entstammten alle 3 der linken Nasenhöhle, 2 mal weiblicher Individuen, im dritten Falle eines männlichen. Der anatomische Befund ist allen 3 Fällen ein zellreiches

bindegewebiges Gerüst, in dessen Maschenräumen mehr oder weniger zahlreiche Rundzellen angehäuft sind, mit stark ectasirten venösen Gefässen. Drüsen finden sich nur in einem Präparate und zwar in den tieferen Schichten. Das Bild wechselt je nach dem Vorherrschen des einen oder anderen Bestandtheiles. Der erste Tumor gleicht durch seinen Reichthum an Rundzellen einem Granulom, im zweiten überwiegen die Gefässe, im dritten das Bindegewebe. Der Name Polyp, der in der Nase den Myxomen vorbehalten ist, dürfte danach für diese Tumoren, die einen Uebergang vom einfachen Granulom zum weichen Fibrom darstellen, kaum beizubehalten sein. Auch das Attribut „blutend" erscheint nicht charakteristisch, da in einem Falle A.'s die Blutung fehlte, das Symptom des Blutens also nicht constant ist.

F. KLEMPERER.

16) **Max Scheier. Beitrag zu den blutenden Polypen der Nasenscheidewand.** *Archiv für Laryngologie und Rhinologie. Bd. I. Heft 3. 1894.*

Sch. verfügt über zwei Fälle von blutenden Nasenscheidewandpolypen. Der erste betrifft einen Mann von 23 Jahren; die Geschwulst — anatomisch ein Lymphangioma teleangiectaticum — sass in der rechten Nasenseite. Nach der Exstirpation recidivirte sie trotz wiederholter gründlicher Aetzung innerhalb 8 Tagen. Beim zweiten Pat., einem Mann von 51 Jahren, sitzt die Geschwulst ebenfalls rechts, jedoch mehr nach hinten und oben am Septum als im ersten Falle; anatomisch erweist sie sich als gefässreiches Fibrom.

F. KLEMPERER.

17) **P. Heymann. Zur Lehre von den blutenden Geschwülsten der Nasenscheidewand.** *Arch. f. Laryngol. u. Rhinologie. Bd. I. H. 3. 1894.*

Verf. beobachtete 5 Fälle von blutenden Geschwülsten des Septums, alle 5 bei weiblichen Individuen, 3 auf der rechten Nasenseite, 2 links. Der Sitz der Geschwulst war nur 2 mal die Uebergangsstelle des knorpligen in das häutige Septum; in den andern 3 Fällen inserirte der Tumor mehr nach hinten, stets aber noch am vorderen Theile des Septums. Die Grösse der Tumoren schwankte von Linsen- bis weit über Haselnussgrösse. In allen 5 Fällen bestanden abundante Blutungen. Nach der Operation — mit der Schlinge oder der scharfen Zange — traten in einem Falle wiederholt Recidive ein. Mikroskopisch bestanden die 2 Tumoren, die untersucht wurden, aus lockerem, reichlich mit Zellen durchsetztem und überaus gefässreichem Bindegewebe.

F. KLEMPERER.

18) **G. Spiess. Zur Behandlung der Verbiegungen der Nasenscheidewand.** *Arch. f. Laryngol. u. Rhinologie. Bd. I. H. 3. 1894.*

Verf. empfiehlt zu operativen Eingriffen am Septum kleine Sägen und Trephinen, die er nach den von Goodwillie 1881 in London demonstrirten Modellen hat construiren lassen. Dieselben werden durch einen kleinen Motor bewegt. Der Verf. rühmt der Operationsmethode, die er bei mehr als 50 Personen erprobt hat, absolute Schmerzlosigkeit bei einer Dauer von nur wenigen Secunden nach. Die verschiedenen Instrumente und der Motor werden durch Abbildungen veranschaulicht, ihre Handhabung sowie die Nachbehandlung nach der Operation genau beschrieben.

Zum Schluss berichtet Verf., dass er seinen Electromotor unter Benutzung der Ewer'schen Concussoren zur Erschütterungsmassage am Kehlkopf und auch zur inneren Schleimhautmassage verwendet. F. KLEMPERER.

19) **Ziem. Zur Behandlung der Verbiegungen der Nasenscheidewand.** *Monatsschrift f. Ohrenh. etc. No. 7. 1894.*

Empfehlung einer vom Verfasser construirten Säge, welche durch eine Rotationsmaschine getrieben wird. Die Säge ist eine in horizontaler Richtung wirkende Stichsäge, die mitelst Bajonetverschluss an die Spirale des Umläufers angesetzt wird; sie ist zu beziehen von Hahn nnd Lochel in Danzig. Preis 20 M.

SCHECH.

20) **Tacquet** (Paris). **Die Bedeutung der Thränenwege beim nasalen Ursprung von Augenaffectionen. (Des voies lacrymales comme causes de l'origine nasale des affections oculaires.)** *Thèse de Paris. 1894.*

T. zeigt aus bereits publicirten Krankengeschichten und aus eigenen neuen Beobachtungen, dass die Entzündungen des Auges häufig ihre Ursache in Entzündungsprocessen haben, die sich durch die Thränenwege verbreiten.

A. CARTAZ.

21) **H. Burger** (Amsterdam). **Die Diagnose der Eiterungsprocesse in den Nebenhöhlen der Nase. (De diagnose van etteringen in de bijholten van den neus.)** *Ned. Tijdschr. v. Geneesk. 1894. I. No. 24. S. 948.*

Besprechung des gegenwärtigen Standes der Diagnostik der Nebenhöhleneiterungen, namentlich der Frontal-, Ethmoïdal- und Spenoïdalsinus. B. hat im vergangenen Jahre vier Fälle von Siebbeineiterung behandelt. Die eine ausführlich mitgetheilte Krankengeschichte betrifft einen 38jährigen Mann, der seit einem Monat an Schmerzen über und unter dem rechten Auge, an rechtsseitiger Nasenverstopfung und -Eiterung und an Asthenopie auf dem rechten Auge litt. Die Durchleuchtung ergab ein vollkommen symmetrisches Bild. In der rechten Nasenhälfte kein Eiter; im mittleren Nasengang dagegen wohl zwischen Concha media und Septum. Die Sonde kam auf der medianen Seite dieser Concha in eine grosse Höhle mit rauher Oberfläche, und konnten aus derselben einige Stücke sehr fötiden Eiters entfernen. Behandlung mittelst Auskratzung, Ausspülung. Einreibung von Perubalsam mit Jodoform und Einpulverung mit Jodoform. Vollständige objective und subjective Heilung in einigen Wochen.

In zwei Fällen von Stirnhöhlenempyem fand sich hoch oben und vorne auf beiden Seiten der Nasenscheidewand eine umschriebene, mit der Sonde leicht eindrückbare Schwellung vor, die B., ebenso wie Herzfeld, welcher beim Keilbeinhöhlenempyem analoge Schwellungen am hinteren Theil der Scheidewand beobachtete, aus einer von der entzündeten Höhle fortgeleiteten Periostitis erklärt, zumal bei einseitigem Empyem die Schwellung bilateral vorhanden war.

Schliesslich giebt B. die Geschichte eines Sphenoïdalempyems. Die Pat., eine 21jährige Köchin, die an verschiedenen Körperstellen Lupus gehabt hatte, war wegen einer flachen Ulceration am Pharynxgewölbe seit zwei Jahren abwechselnd unter seiner Behandlung. Er hatte die mit unterminirten Rändern versehene Ul-

ceration als eine lupöse betrachtet, und mittelst Auskratzung, Galvanocaustik und dergl. behandelt, bis er eines Tages in der linken Nasenhälfte zwischen Concha media und Septum Eiter entdeckte. Die in dieser Richtung eingeführte Sonde erreichte, 7,5 ccm vom unteren Rande des Nasenloches entfernt, eine Oeffnung, durch welche hinein dieselbe in eine Höhle gelangte, wo sie auf blosliegenden Knochen stiess. Die Höhle wurde mit Carbollösung ausgewaschen, und von diesem Augenblick waren die heftigen Kopfschmerzen, an welchen Pat. seit einigen Jahren litt, dauernd verschwunden. Die Pat. war zur Zeit des Berichts noch in Behandlung.

Autoreferat.

22) **H. Snellen jr.** (Utrecht). **Entzündung der Orbita und der Nachbarhöhlen und die Diagnose der Eiterung in den Nebenhöhlen der Nase. (Ontsteking van orbita en van aangrenzende holten en de diagnose van etteringen in de bijholten van den neus.)** *Ned. Tijdschr. v. Geneesk. 1894. I. No. 25.*

S. vertheidigt sich gegen den Vorwurf Burger's, dass er in seiner betreffenden Abhandlung die Rhinoscopie nicht genügend berücksichtigt habe. Er meint die Diagnostik der Nebenhöhlenempyeme sei vorläufig eine nicht gerade rosenfarbige.

H. BURGER.

23) **H. Snellen jr.** (Utrecht). **Entzündung der Augenhöhle und der benachbarten Höhlen. (Ontsteking van orbita en van aangrenzende holten.)** *Ned. Tijdschr. v. Geneesk. 1894. II. No. 7. S. 205.*

Besprechung nebst kurzer historischer Uebersicht der Nebenhöhlenempyeme mit Durchbruch in die Augenhöhle.

Verf. erzählt die Geschichte eines Mädchens von 4 Monat, bei welchem am Gaumen einen Fistel gefunden wurde, welche in die Highmorshöhle führte. Es entwickelte sich im linken unteren Augenlid ein Abscess, welcher incidirt und drainirt wurde. Nach vier Wochen war die Wunde geheilt und hatte der Eiterfluss durch die Gaumenfistel aufgehöre. Ausführlicher beschreibt Verf. einen Fall von Keil- und Siebbein-Empyem mit Durchbruch in die Orbita. Derselbe betraf ein 25jähriges Mädchen mit einem knöchernen Tumor an der nasalen Wand der linken Augenhöhle, welcher bereits 3 Jahre bestanden und angeblich nach Erkältung aufgetreten war. Die Geschwulst liess sich an einer Stelle unter Crepitation eindrücken. Die Untersuchung der Nase wie die Durchleuchtung ergaben keinen Anhaltspunkt für die Diagnose. Im inneren Augenwinkel wurde incidirt und schleimiger Eiter entleert. Hierauf konnte die Sonde durch die Incisionsöffnung 7 cm nach hinten, also bis in die Keilbeinhöhle vorgeschoben werden. Die Höhle wurde gereinigt, drainirt und täglich irrigirt. Später wurde eine Communication mit der Nasenhöhle dargestellt und ein Drainrohr unter die mittlere Muschel gebracht. Diese Communication functionirte gut. Der Fall war zur Zeit des Berichts noch in Behandlung. Schliesslich erwähnt S. zwei Fälle von Sehnervenatrophie resp. von Protrusio bulbi, welche er auf Grund von Pyorrhoea nasalis auf Keilbeinhöhlenempyem zurückführen will. Leider ist hier die Nasenuntersuchung unterlassen worden; wenigstens wird darüber nichts mitgetheilt.

H. BURGER.

24) **V. Engelmann. Der Stirnhöhlencatarrh.** *Archiv f. Laryngologie u. Rhinologie. Bd. I. Heft 3.*

Die umfangreiche Studie lässt sich in einem kurzen Referate nicht erschöpfend wiedergeben. Verf. behandelt in gesonderten Abschnitten die Aetiologie, Symptome, Diagnose, Prognose und die Therapie der Erkrankung. Es folgen 15 Krankengeschichten, sowie eine weit über 100 Fälle umfassende Operationstabelle, in welcher der Verf. in der Literatur bis 1865 zurückgeht. Bestimmte Schlüsse zieht Verf. aus dem mit grossem Fleiss zusammengetragenen Material nicht, er begnügt sich damit, dasselbe in übersichtlicher Form dem Leser zu unterbreiten. Den Schluss der Arbeit bildet eine sehr ausführliche Zusammenstellung der einschlägigen Literatur. F. KLEMPERER.

25) **M. Mayo Collier** (London). **Acuter Abscess der linken Stirnhöhle, orbitale Zellgewebsentzündung vortäuschend. (Acute abscess of the left frontal sinuses simulating orbital cellulitis)** *Lancet. 27. Januar 1894.*

Der Pat., dessen Krankengeschichte C. vorlegt, war ein 19jähriger Jüngling. Derselbe bot Zeichen einer sehr lange bereits bestehenden nasalen Verstopfung dar, ausgebreitete adenoide Vegetationen, einen sehr hoch gewölbten Gaumen, starke hypertrophische Rhinitis und Taubheit. Bei der Untersuchung fiel eine starke Schwellung rings um das Auge mit Verlagerung des Augapfels und intensivem Schmerz der Regio frontalis auf. Dabei bestand Fieber. Beim Incidiren der Anschwellung fand man eine kleine Oeffnung gerade hinter dem Musc. obliquus superior; dieselbe führte in die eiternde Stirnhöhle. Diese Oeffnung wurde verbreitert und ein Drainrohr eingelegt, das durch die normale Oeffnung in die Nase führte, sodass eine gründliche Drainage hergestellt war. Sofort waren alle schweren Symptome verschwunden und nach kurzem konnte die nasale Verstopfung in Angriff genommen werden. MACKENZIE JOHNSTON.

26) **Ramage. Acute Entzündung der Stirnhöhle mit Necrose, orbitale Zellgewebsentzündung vortäuschend. (Acute abscess of frontal sinus with necrosis, simulating orbital cellulitis.)** *Lancet. 10. März 1894.*

Während eines Influenzaanfalls trat eine Schwellung in der linken Orbita auf, welche barst und Eiter entleerte. Der Augapfel war nach aussen und unten vorgedrängt. Es bestanden zwei gebuchtete Fistelöffnungen, eine gerade über dem Thränensack, die andere $1/_2$ Zoll höher. Durch eine Incision wurden nun beide verbunden, worauf ein nekrotisches Knochenstückchen entfernt wurde; dann wurde die Stirnhöhle eröffnet und ausgekratzt. Die Heilung verlief jetzt sehr schnell.

ADOLPH BRONNER.

27) **G. D. Gregor. Eiterung der Stirnhöhle. (Suppuration of frontal sinus.)** *N. Y. Med. Record. 31. März 1894.*

In seiner ausführlichen Arbeit berichtet Verf. über einen letal verlaufenen Fall aus seiner Praxis, an den anknüpfend er die bekannten und allgemein acceptirten Regeln wiederholt. Wo aus den allgemeinen und lokalen Symptomen evident werde, dass Eiter in der Stirnhöhle sich befinde, da sei ohne Zögern für die Entleerung desselben zu sorgen. Die Einführung einer Sonde und gar erst die eines

Drainrohrs durch die natürlichen Wege in den Sinus frontalis hält Verf. nicht nur für eminent schwierig, sondern nicht einmal für ungefährlich. Als die leichtere und sicherere Methode erscheint ihm die Eröffnung von aussen. Man incidirt am inneren Rande der Orbita, legt den Knochen frei und eröffnet von hier mit einem kleinen Trepan die Höhle.

LEFFERTS.

28) **Luc** (Paris). **Ueber Eiterungen der Stirnhöhle und speciell über ihre chirurgische Behandlung. (Des suppurations du sinus frontal et en particulier de leur traitement chirurgical.)** *Semaine méd. 16. Juni 1894.*

Die breite Eröffnung der Stirnhöhle hat Verf. dreimal ausgeführt und er hebt in seinem Artikel die Verbesserungen hervor, die er an dieser Behandlungsmethode von einem Fall zum andern angebracht hat.

In diesen drei und in drei weiteren vom Verf. beobachteten Fällen lag die Eiterung in der rechten Höhle.

Im ersten Falle (es handelte sich um eine 50jährige Dame) dauerte die Eiterung seit 10 Jahren und zwar unter sehr geringer Reaction, so dass das Vorhandensein von Eiter in der Mittennasenhöhle nach vergeblicher Eröffnung der Kieferhöhle das einzige Zeichen der Krankheit bildete. Der Sinus wurde zweimal eröffnet durch Trepanation der vorderen Wand mit dem Meissel in ihrem untersten Theil.

Die Höhle wurde mit Eiter und Wucherungen angefüllt gefunden, sorgfältig curettirt und tamponirt.

Das Fortdauern der Eiterung im Laufe der folgenden Monate brachte Verf. zu der Ueberzeugung, dass das Curettiren der Granulationen in Folge der ungenügenden Oeffnung ein ganz unvollkommenes geblieben war, und er entschloss sich daher, die vordere Wand des Sinus in einer zweiten Sitzung total zu reseciren, was mittelst des Meissels und einer Luer'schen Zange ausgeführt wurde. Diese Operation hatte eine vollständige Aufhebung der Stirnhöhle mit mässiger Entstellung des Gesichts zur Folge. Die Eiterung zeigte sich sehr vermindert und nach Eröffnung und Curettirung per nasum einer mit Eiter angefüllten Siebbeinhöhle blieb nur noch eine einfache Bildung spärlicher Krusten zurück.

Im zweiten Falle handelte es sich um ein junges 16jähriges Mädchen, bei welchem das latent gebliebene Empyem erst gelegentlich des Eindringens des Eiters in die Augenhöhle und in die Tiefe des oberen Lids diagnosticirt wurde.

Nach breiter Eröffnung der vorderen Wand wurden Eiter und Wucherungen nicht nur im Sinus frontalis, sondern auch in den Siebbeinhöhlen gefunden. Die Haut des oberen Lids war bereits von der Entzündung ergriffen. Dieser Umstand hielt den Verf. von einer Reunio per primam der Wunde ab. Nach energischem Curettiren des riesigen Herdes und nach breiter Eröffnung der nasalen Wand desselben, was eine feine Communication der Knochenhöhle mit der Fossa nasalis zur Folge hatte, wurde die erstere mit Jodoformgaze tamponirt und eine dicke Drainröhre von der Nase aus in den Herd geschoben. Auf diesem Wege ging der Eiterfluss so gut von statten, dass die umfangreiche Hautwunde nach einigen Tagen per secundam verschlossen werden konnte. Einen Monat später konnte die Röhre definitiv entfernt werden und es war jede Spur der Eiterung verschwun-

den. In diesem Falle wurde der Eröffnung des Sinus die Resection eines Theils des orbitalen Randes angeschlossen, was eine leichte Senkung des oberen Lids zur Folge hatte.

Vom Erfolge der Drainage durch die Nase ermuthigt, beschloss Verf. die nächste Gelegenheit zu benutzen, um den Verschluss der Wunde per primam unter Schutz durch das nasale Drainrohr zu versuchen.

Einige Wochen später operirte Verf. eine dritte Patientin, die über starke Schmerzen in der rechten Hälfte der Stirn in Folge eines acuten Empyems der Stirnhöhle klagte. Die vordere Wand des Sinus wurde in diesem Falle nur in einer mässigen Ausdehnung (da keine Granulationen zu Gesicht kamen) eröffnet. Diesem Eingriff schloss aber Verf. sofort die Eröffnung der Siebbeinhöhlen an und brachte den ganzen Herd mittelst eines Bohrers und des scharfen Löffels in breite Communication mit der Nasenhöhle. Dann wurde eine starke Drainröhre von der Nase aus tief in die Stirnhöhle eingeführt und die Hautwunde sofort zugenäht. Drei Tage später bei Wegnahme des ersten Verbandes fand man dieselbe geheilt. Neun Tage später wurde die Drainröhre von der Nasenhöhle entfernt und Pat. konnte als vollkommen und ohne die geringste Gesichtsentstellung geheilt betrachtet werden.

Autoreferat.

29) **Kendal Franks** (Dublin). **Eine Kugel in der Stirnhöhle. (Bullet in the frontal sinus.)** *Dublin Journal of Med. Scienc. Mai 1894.*

Verf. erwähnte in der Discussion einen Fall, in dem die Kugel durch die Zunge, den harten Gaumen und die linke Nasenhöhle in die linke Stirnhöhle eindrang.

P. MC BRIDE.

30) **Klingel** (Elberfeld). **Ueber die Sondirung der Stirnhöhlen.** Aerztl. Verein zu Elberfeld. — *Deutsche Mediz.-Zeitung. No. 51. 1894.*

Kl. stellt zwei Fälle vor, in welchen nach Abtragung (Auskratzen) des vorderen Theiles der mittleren Muschel man mit der Sonde resp. Canüle in die Stirnhöhle gelangen, diese ausspülen und dadurch Heilung erzielen konnte.

SEIFERT.

31) **Winckler. Dürfen die therapeutischen Eingriffe, welche zur Behandlung einer Oberkieferhöhleneiterung als kunstgerechte in Frage kommen können, auch bei der gleichen Erkrankung des Sinus frontalis angewandt werden?** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. No. 2 u. 3. 1894.*

Empfehlung der Eröffnung der Stirnhöhle nach Schäffer zwischen Septum und mittlerer Muschel direct nach oben und medianwärts. Die Sondirung oder vielmehr Durchstossung des Stirnhöhlenbodens ist in allen jenen Fällen zu unterlassen, bei denen sich die Knochenschichte als zu dick erweist. Die Entfernung der unteren Stirnhöhlenwand bei Erwachsenen beträgt gewöhnlich 5 cm von der Spin. sept. Zum Schluss polemisirt Verf. gegen den Referenten, der die genannte Operation als zu gefährlich verwirft. Die Durchstossung der vorderen Wand der Stirnhöhle mit einem Trocart, welche Referent in seinem Lehrbuche erwähnt und über welche Verf. sich tadelnd äussert, hat, wie aus dem Zusammenhange deutlich hervorgeht, nur Sinn bei blasiger Verdünnung der Wände. Wie wenig An-

hänger übrigens die vom Verf. empfohlene Methode hat, kann jeder aus den Mittheilungen von Bresgen, M. Schmidt und ganz besonders von Engelmann ersehen.

SCHECH.

32) **Winckler. Zur Aufklärung eines Missverständnisses, welches mein Aufsatz über Stirnhöhlenbehandlung hervorgerufen hat.** *Monatsschr. f. Ohrenh. No. 5. 1894.*

Verf. erklärt, dass mit der Sondirung der Stirnhöhle nach Schäffer zwischen mittlerer Muschel und Scheidewand nicht das Eingehen in die Stirnhöhle durch den natürlichen Ausführungsgang gemeint sein soll, sondern das (forcirte) Hineinschieben der Sonde in die Stirnhöhle durch den Boden derselben.

SCHECH.

33) **Herzfeld** (Berlin). **Zur Pathologie und Therapie der Keilbeinhöhleneiterung.** *Arch. f. klin. Chirurgie. XLVII. 1. 1894.*

In dem ersten der 5 mitgetheilten Fälle wird die Erkrankung mit Bestimmtheit auf eine eitrige Mandelentzündung, im zweiten Falle auf eine nicht näher zu bestimmende Infectionskrankheit zurückgeführt, in den beiden anderen Fällen liess sich über das ätiologische Moment nichts Sicheres eruiren.

Ausführlich bespricht Verf. die Schwierigkeiten der Diagnose, macht für dieselbe auf das Auftreten des Eiters zwischen mittlerer Muschel und Septum, auf eine circumskripte Schwellung am Septum, dort wo dasselbe an die vordere Fläche der Keilbeinhöhle grenzt, aufmerksam und legt den grössten Werth auf die Sondenuntersuchung resp. auf die Möglichkeit hin, mit der Sonde die vordere cariöse Wand der Keilbeinhöhle zu durchbrechen und so den Sinus zu eröffnen. Wo das nicht mit der Sonde möglich ist, hat es mit dem Schäffer'schen Löffel oder mit einem Bohrer zu geschehen, der die Form eine Nasensonde hat und mit der zahnärztlichen Bohrmaschine getrieben wird. Damit ist auch der Weg für die Therapie vorgezeichnet.

SEIFERT.

34) **Hajek** (Wien). **Die Erkrankungen des Siebbeins und ihre Bedeutung.** Vortrag, geh. in der Gesellschaft der Aerzte am 4. Mai 1894. — *Wiener klinische Wochenschrift. 1894. No. 19.*

H. betont, dass trotz der Häufigkeit von Polypen und Ozaena in Wien bisher nur wenig Fälle von Siebbeinerkrankungen publicirt wurden und vermuthet daher, dass eine Verschiedenheit der angewandten diagnostischen Grundsätze zu Grunde liegen müssen, da Grünwald, Schäffer, Bresgen, Schech etc. in Deutschland so viele Fälle beobachteten. H. bespricht nun seine diagnostische Methode bei den latenten Eiterungen des Siebbeins. Er schliesst zunächst durch Probepunktion Eiterung der Highmorshöhle, dann (gewöhnlich nach Abtragung des vorderen Endes der mittleren Muschel) durch Sondirung und Ausspritzung Eiterung der Stirnhöhle aus, und erst wenn die Eiterung dann noch in der Gegend des Hiatus andauert, nimmt er Eiterung der vorderen Siebbeinzellen an. Die Diagnose ist also hier sehr langwierig und schwierig, namentlich in combinirten Fällen. Geschlossene Empyeme des Siebbeins sind häufiger beobachtet, da sie

meist die Orbita benachtheiligen und stärker belästigen durch Auftreibungen etc. H. erwähnt auch die bekannten Knochenblasen der mittleren Muschel.

Eiterung der hinteren Siebbeinzellen ist auch nur in ähnlicher complicirter Weise festzustellen.

H. wendet sich endlich gegen die so häufige Diagnose der Caries des Siebbeines; das Gefühl des rauhen Knochens kann vorgetäuscht werden, indem man die papierdünnen Knochenplatten des Siebbeins mit der Sonde durchstösst. Nasenpolypen wurden an der Leiche nicht mit Caries des Siebbeines combinirt gefunden, sondern Zuckerkandl hat gezeigt, dass an den Ansatzstellen des Polypen geradezu hyperplastische Knochenwucherungen bestehen. Ebenso glaubt H., dass Ozaena nur selten durch Caries des Siebbeines oder Eiterung der Nebenhöhlen veranlasst sei. Näheres im Originale nachzulesen.

Roth und Weil betheiligen sich an der Discussion. Letzterer glaubt, dass die Diagnose der Siebbeineiterungen viel leichter sei als Hajek angiebt.

CHIARI.

35) **F. H. Bosworth, J. H. Bryan, J. N. Mackenzie, Ino. O. Roe. Die Chirurgie der Nasennebenhöhlen. (The surgery of the accessory sinuses of the nose.)** *Phil. Med. News. 9. Juni 1894.*

Die vorliegenden Vorträge eröffneten eine Discussion über die Frage der Chirurgie der Nasennebenhöhlen auf dem Congress of American Physicians and Surgeons (abgehalten in Washington D. C. am 31. Mai 1894). Zuerst sprach Bosworth: „Ueber Erkrankungszustände der Siebbeinhöhlen.“ Er hält die Affectionen dieser Höhlen von denen der anderen Nasennebenhöhlen in anatomischer Hinsicht wie auch symptomatologisch für verschieden. Bei den anderen Sinus besteht eine einzige weite Höhle, während der Sinus ethmoidalis eine Reihe kleiner mehr oder weniger vollständig von einander getrennter Zellen darstellt. Um eine Radicalheilung zu erzielen, würde es nöthig sein, eine jede dieser Zellen zu eröffnen. Dies ist nun nicht möglich, es müssen darum die trennenden Wände herausgebrochen und eine einzige Höhle gebildet werden.

Bei den Affectionen aller anderen Nebenhöhlen ist das Hauptsymptom das Auftreten eines eitrigen Ausflusses; die Ethmoidalerkrankung dagegen setzt mit einer Reihe von Symptomen mehr oder weniger neurotischen Charakters ein, wie Kopfschmerz, intra-orbitalem Druck, Niesen, Asthma und cerebralen Störungen. Erkrankungen der Siebbeinhöhle sind häufiger, als gemeinhin angenommen wird. Man kann drei Varietäten unterscheiden: die extra-celluläre myxomatöse, die intracellulöse myxomatöse und die eitrige Ethmoiditis. In Wahrheit bilden diese 3 Varietäten einfach verschiedene Stadien ein und desselben Leidens.

Was die Behandlung anlangt, so soll diese früh einsetzen, wenn möglich vor dem Eintreten von Eiterung. Die acute Ethmoiditis erfordert im allgemeinen dieselben Maassnahmen, wie sonst die acute Rhinitis; von allen darf die Douche als die werthvollste angesehen werden. Im chronischen Stadium, wenn alle anderen Mittel fehlgeschlagen sind, ist die chirurgische Therapie am Platze. Zweck des Eingriffes ist die Erleichterung von dem intracellulären Druck. Man operirt unter Cocain, der Eingriff ist nicht besonders schmerzhaft. Vorsicht ist nöthig, da

nur dünne Knochenblätter die Siebbeinhöhle vom Gehirn und von der Orbita trennen.

Unter 97 Fällen von Ethmoiderkrankung fanden sich 3 Carcinome und 1 Sarcom. Von 15 einfach entzündlichen Erkrankungen wurden 9 geheilt, 3 gebessert, 3 nicht weiter gesehen. Von 29 Fällen mit myxomatöser Degeneration wurden 12 geheilt. 10 gebessert; 7 sah der Verf. nur 1 oder 2 mal. 22 Fälle von myxomatöser Veränderung zeigten Polypenbildung; davon wurden 9 geheilt, 10 gebessert, 3 kamen nicht wieder. Bei 27 Fällen bestand Eiterung; von diesen wurden 8 geheilt, 12 gebessert, 7 verschwanden aus der Beobachtung. In fast allen Fällen kamen radicale Mittel zur Anwendung.

Bryan hält von allen Affectionen des Antrums das Empyem für die wichtigste; die Hauptfrage, die für die Behandlung desselben entsteht, ist die nach der Methode der Eröffnung des Antrum. Die Auswaschung der Kieferhöhle durch ihre natürlichen Oeffnungen ist sehr empfohlen worden. Dieselbe ist für acute Fälle verwendbar, nicht aber für chronische und ihre Resultate sind unsichere. In der Mehrzahl der Fälle ist eine künstliche Oeffnung nothwendig. Dieselbe soll recht breit angelegt und durch dieselbe ein Metallröhrchen zur Drainage eingeführt werden. Die Eröffnung geschieht, je nach den Indicationen des Falles, vom Alveolus, von der Fossa canina oder von der Nase aus. Nach derselben wird meist mit milden antiseptischen Lösungen ausgespült.

In besonders hartnäckigen Fällen soll man die Oeffnung so weit verbreitern, dass die ganze Höhle gründlich mit der Sonde, dem kleinen Finger oder Endoskop explorirt werden kann. Dabei wird man öfters ulcerirte Stellen, Nekrose, überzählige Zähne u. dergl. m. als Ursache der Störung auffinden.

Mackenzie macht auf die verschiedenen Methoden der Eröffnung der Kieferhöhle aufmerksam. Die Ausspülung derselben durch die natürlichen Wege ist in zahlreichen Fällen nicht anwendbar, denn diese Oeffnung ist oft recht schwierig zu finden, selbst in der Leiche noch. Um diese Schwierigkeit zu beseitigen, hat man vorgeschlagen, die untere Muschel zu entfernen, doch kann dies Vorgehen in der Mehrzahl der Fälle nicht als gerechtfertigt angesehen werden. Weiter hat man angerathen, eine künstliche Oeffnung unter der natürlichen anzulegen. Auch dies ist recht schwierig und die Blutung dabei bisweilen sehr stark. Die Eröffnung des Antrums von der Fossa canina aus sollte nur in Fällen von Neubildung stattfinden oder wenn die Wandung so dünn ist, dass sie sich leicht durchbohren lässt und dass wohl, wenn die chirurgische Eröffnung ausbleibt, eine spontane Entleerung an dieser Stelle erfolgte. Bei weitem der passendste Zugang zum Antrum ist der Weg vom Munde aus, nach Extraction eines Zahnes, sei es eines gesunden oder kranken, oder ohne solche durch den Proc. alveolaris hindurch. Mackenzie hält diese Methode für allen anderen weit überlegen. Ihre Vorzüge sind klar, die Nachtheile, die man gegen sie geltend gemacht hat, ohne Gewicht. Die einzige Gegenindication ist das Vorhandensein eines edentulösen Alveolarfortsatzes; in diesem Falle geht man besser von der Nase aus ein.

Roe hält die meisten Fälle von Ozaena für wahrscheinlich bedingt durch Ausfluss aus einer der Nebenhöhlen. Man darf sich mit medicineller Behandlung nicht zu lange aufhalten, man spüle aus, anfangs durch die natürliche Oeffnung

und reicht dies nicht aus, so mache man sehr bald eine künstliche. Sind die Zähne gesund, so kann man von der Regio zygomatica oder vom Meatus aus eingehen. R.'s Schlusssatz lautet: „Die alte Anschauung, dass Drainage und Reinhaltung für die Therapie ausreichen ohne weitere Berücksichtigung der Ursache, ist aufzugeben. In allen Fällen, in denen nach absehbarer Zeit der eitrige Ausfluss nicht aufhört, muss die Höhle freigelegt werden, so dass man die pathologischen Veränderungen übersehen kann; die Höhle muss dann zur Inspection und Behandlung offen erhalten werden, bis die Krankheit wirklich geheilt ist."

LEFFERTS

36) **Bresgen. Die Eiterungen der Nase und ihrer Nebenhöhlen.** *Münchn. med. Wochenschr. No. 31 u. 32. 1894.*

B. hält Flächeneiterungen in der Nase für selten, dagegen Eiterungen infolge von Herderkrankungen in den Nasengängen oder Nebenhöhlen für sehr häufig. Ob in allen Fällen von Ozaena die Nebenhöhlen mitbetheiligt sind, müssen weitere Untersuchungen lehren, da die Zahl der vom Verfasser beobachteten und geheilten Fälle noch eine zu kleine ist. Knochenerkrankungen fand B. viel weniger häufig als Grünwald. Der erste Schritt zur Behandlung der Eiterungen besteht in der Beseitigung von Schwellungen der Schleimhaut, Verkrümmungen von Knorpeln oder Knochen, in der Abtragung eines Theiles der mittleren Muschel, namentlich, wenn dieselbe der Scheidewand anliegt. Die Nebenhöhlen werden, wenn nöthig, eröffnet, die vorderen Siebbeinhöhlen am besten durch Eröffnung der Bulla ethmoidalis. In die eröffneten Höhlen wird alle 3 bis 6 Tage ein hirsekorn- bis linsengrosses, an eine Sonde angeschmolzenes Stück Hexaäthylviolett gebracht und 3 Minuten lang liegen gelassen. Zuerst erfolgt Kopfschmerz und vermehrte Secretion, dann aber sehr rasche Abnahme der Eiterung. Auskratzungen der Kieferhöhle waren nur vereinzelt nöthig. Die Behandlungsdauer ist sehr verschieden und schwankt zwischen 4 Wochen und mehreren Monaten. Ueber das Verhältniss von Nebenhöhleneiterung und Polypenbildung kann B. nichts Bestimmtes aussagen.

SCHECH.

37) **Felix Semon** (London). **Acute Entzündung des linken Antrum Highmori nach Influenza. (Acute inflammation of the left antrum of Highmore after influenza.)** *Brit. Med. Journal. 3. Februar 1894.*

In der vorliegenden kurzen Mittheilung berichtet der Verf. über eine Erkrankung, die er an sich selbst beobachtet hat. Nachdem er kurz hintereinander 3 Attacken von Influenza und im Gefolge derselben einen ziemlich schweren Catarrh der oberen Luftwege gehabt, musste der Verf. nach Berlin reisen. Die Reise verschlechterte seinen Zustand nicht, jedoch hatte er bei der Ankunft in Berlin noch eine ziemlich erhebliche Coryza mit wässrigem Ausfluss aus beiden Nasenseiten. Ein paar Tage später aber empfand er zunächst ein Gefühl von Völle und Spannung, dann geradezu Schmerzen in der Gegend des linken Antrum. Die Haut über demselben war geröthet und gespannt, die Temperatur stieg auf 38,5 °. Verf. versuchte vergeblich, die Verstopfung durch Schnäuzen zu beseitigen, bis er am 2. Tage plötzlich eine grössere Menge grünlicher sero-purulenter Flüssigkeit aus der linken Nasenseite entleerte; er fühlte sich sofort sehr erleichtert. Die Trans-

illumination, die B. Fränkel anstellte, ergab Durchleuchtbarkeit beider Antra, doch blieb die linke Pupille dunkel. Noch zweimal füllte sich das Antrum wieder an und zweimal stellte sich der Ausfluss aus der Nase ein; dann trat von selbst, ohne besondere Behandlung, die Heilung ein.

Der Verf. macht noch besonders aufmerksam 1. auf das plötzliche und heftige Zunehmen des Schmerzes während des Hustens oder Niesens und 2. auf die Begrenzung des Schmerzes auf die afficirte Stelle. MACKENZIE-JOHNSTON.

38) **M. C. Moxham** (Stickney). **Acute Entzündung des Antrum Highmori nach Influenza. (Acute inflammation of the antrum of Highmore after influenza.)** *Brit. Med. Journal. 24. Februar 1894.*

Verf. theilt eine persönliche Erfahrung mit, die mit dem Semon'schen Falle Aehnlichkeit hat. Im Anschluss an eine Influenza bekam Verf. Schmerzen und Schwellung über der linken Highmorshöhle mit ausgesprochenem Nasencatarrh. Der Zustand endigte mit der spontanen Entleerung eines dicken, dunkelgelben Sekrets aus der Nase. MACKENZIE-JOHNSTON.

39) **Ryle. Acute Entzündung der Kieferhöhle bei Influenza. (Acute inflammation of maxillary antrum in influenza.)** *British Medical Journal. 17. März 1894.*

Zwei Tage nach einem Influenzaanfall trat ein intensiver Schmerz in der linken Gesichtsseite mit Schwellung und Gespanntheit der Haut ein; dies hielt 3 Tage an. Dann entleerte sich eine grüngelbe Flüssigkeit aus der linken Nase, worauf der Schmerz nachliess. Während der nächsten 3—4 Tage traten wiederholt Schmerzanfälle ein, die durch den Ausfluss aus der linken Nasenseite jedesmal Erleichterung erfuhren. Der Schmerz wuchs, wenn der Kopf gesenkt wurde und auch der Ausfluss kam nur bei erhobenem Kopfe hervor. Ein paar Tage lang war die linke Pupille kleiner als die rechte und reagirte nur träge auf Licht (?). ADOLPH BRONNER.

40) **Lennox Browne. Acute Entzündung des Antrum Highmori nach Influenza. (Acute inflammation of the antrum of Highmore after influenza.)** *Brit. Med. Journal. 31. März 1894.*

Nach einer acuten Attacke von Influenza litt die Patientin an Schmerzen im 1. und 2. rechten Bicuspidalzahn; es folgte eine Schwellung der rechten Backe und gelber Ausfluss aus dem rechten Nasenloch. Der erste Bicuspidalzahn wurde entfernt und das Antrum ausgekratzt. ADOLPH BRONNER.

41) **E. Harrison Griffin. Der Abscess der Highmorshöhle und seine Behandlung: mit Krankengeschichten. (Abscess of the antrum of Highmore with cases and their treatment.)** *N. Y. Med. Record. 31. März 1894.*

Von allen Operationen zieht Verf. das Eingehen von der Zahnalveole nach Extraction eines Zahnes vor; sie ist der leichteste Eingriff und von hier aus lässt sich die Highmorshöhle am vortheilhaftesten drainiren.

Zu localen Injectionen in den Sinus maxillaris wurden Zink-, Jod-, Quecksilber-, Carbolsäure- und Wasserstoffsuperoxydlösungen benutzt. Den Vorzug giebt

Verf. dem Wasserstoffsuperoxyd. Er braucht es in $^1/_5$—$^1/_2$-Verdünnung, bisweilen auch unverdünnt, wenngleich im Allgemeinen die milderen Lösungen anzurathen sind.

Neben dem H_2O_2 kann Verf. noch folgendes Präparat empfehlen: 0,6 Jodoform in 30 Albolenöl. Das Jodoform löst sich im Oel nicht, man muss es durch Schütteln der Flasche während der Injection in Suspension erhalten. Nach zwei oder drei derartigen Injectionen bereits wandelt sich das dickeitrige Secret in ein mehr schleimiges. Beim Gebrauch des Wasserstoffsuperoxyds dagegen nimmt die Menge des Secrets sehr rasch ab, die Beschaffenheit desselben aber bleibt lange Zeit hindurch unverändert. Ebenso wie das Jodoform ändert auch Aristol und Europhen die Beschaffenheit des Secrets. Interne Medicamente giebt Verf. nur bei besonders geschwächten Patienten. LEFFERTS.

42) **Bauer** (Nürnberg). **Ueber einen Fall von Oberkieferhöhleneiterung.** *Münchn. med. Wochenschr. No. 35. 1894.*

Der Fall betrifft ein 3jähriges Kind, bei dem die Eiterung durch ein Trauma — Fall auf die Kante einer Schublade — entstanden war. Eröffnung der Höhle vom unteren Nasengange aus, Jodoformgazetamponade, Heilung nach 3 Wochen.

SCHECH.

43) **Mermod** (Iverdon). **Empyem des Sinus maxillaris. (L'empyème du sinus maxillaire.)** Kleiner Vortrag. *Revue méd. Suisse rom. H. 8. Genf 1894.*

M. macht darauf aufmerksam, dass die Frage des Empyems des Antrum Highmori schon Mitte des vorigen Jahrhunders causal und therapeutisch vollständig beschrieben worden, also gar nichts Neues sei. Er schätzt die dentale Ursache als viel seltener gegenüber der nasalen und spricht den Satz aus: „chaque fois qu'il y a recidive (de polypes nasaux) après opération complète, cherchez la sinusite." Als Hauptmittel zur Diagnose nennt er die Punction der Sinuswand im untersten Nasengang, welche ohne Schaden auch wiederholt gemacht werden könne, wenn das erste Mal kein Eiter nachweisbar ist.

Als Operation empfiehlt er die weite Eröffnung von der Alveole des zweiten Molaris aus, welche er der Cooper'schen Methode vorzieht.

Obturatoren verwirft er als unnütz, da etwas Speise im Sinus maxillaris auf chronisch entzündeter Schleimhaut nichts schaden könne, wenn man täglich ausspüle.

Nach der Auskratzung spült er mit 5proc. Zinklösung. JONQUIÈRE.

44) **Burger. Die Diagnose der Kieferhöhleneiterungen. (Du diagnostic des suppurations des sinus maxillaires.)** *Revue de laryngologie. No. 1. 1894.*

Verf. nimmt an, dass das Empyem der einen Seite eitrige Nasenentzündung der entgegengesetzten Seite geben kann; man muss deshalb bei einseitiger Rhinitis an eine Eiterung der Kieferhöhle der anderen Seite denken. Der Verf. bespricht darauf die Methode der electrischen Erleuchtung; die Probepunction darf erst dann gemacht werden, wenn die Gegenwart von Eiter sehr wahrscheinlich geworden ist. E. J. MOURE.

45) **H. Burger** (Amsterdam). **Die Diagnose des Empyems der Highmorshöhle. (De diagnose van het empyem der Highmorsholte.)** *Geneeskund. Bladen. I. No. 6.*

Monographische Behandlung des Gegenstandes. H. BURGER.

46) **J. A. A. Schoondermark** (Leeuwarden). **Die Diagnose des Empyems der Highmorshöhle. (De diagnose van het empyem der Highmorsholte.)** *Geneesk. Courant. 1. Juli 1894.*

47) **H. Burger** (Amsterdam). **Antwort auf Obiges.** Ibid.

S. bekämpft die Meinung Burger's, dass die Nasenuntersuchung das Hauptmoment für die Diagnostik der Kieferhöhleneiterung bilde. Das Empyem sei nach ihm fast immer dentalen Ursprunges, und der Schwerpunkt der Untersuchung liege daher in der Untersuchung des Gebisses.

B. antwortet, dass er die Feststellung von Zahnkrankheiten für nicht mehr als einen Fingerzeig für die Möglichkeit eines Empyems gelten könne, dass für die Diagnose aber die Nasenuntersuchung das unentbehrliche Hülfsmittel sei.

H. BURGER.

48) **M. M'Farlane. Eine neue diagnostische Methode für die Krankheiten der accessorischen Nasenhöhlen. (New method of diagnosis of diseases of the accessory sinuses of the nose.)** *Canada Lancet. Januar 1894.*

Verf. bespricht die Durchleuchtungsmethode.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

49) **Holger Mygind** (Kopenhagen). **Die elektrische Durchleuchtung der Gesichtsknochen. (Electric transillumination of the bones of the face.)** *Journal of Laryngology. Januar 1894.*

Verf. hat in gründlicher und erschöpfender Weise die Durchleuchtungsmethode an etwa 200 gesunden Individuen erprobt, um auf diesem Wege ein zuverlässiges Urtheil über ihren diagnostischen Werth bei den Krankheiten der Highmorshöhle zu gewinnen. Es ergab sich, dass unter so zahlreichen Verhältnissen das Licht nicht zum Auge zu gelangen vermag, dass man gegenwärtig höchstens noch sagen kann: wo die Durchleuchtung gelingt, da liegt keine Eiterung vor. Sollte sich indess herausstellen, dass auch das Vorhandensein von Eiter die Durchleuchtbarkeit nicht in allen Fällen aufhebt, dann würde die Methode jeden Anspruch auf Verlässlichkeit verlieren. MACKENZIE-JOHNSTON.

50) **H. Burger** (Amsterdam). **Die Durchleuchtung in der Diagnostik des Highmors-Empyems. (De doorlichting in de diagnostiek van Highmorsempyeem.)** *Ned. Tijdschr. v. Geneesk. 1894. II. No. 8.*

Antwort an D. van Leyden, der in einer Besprechung von Burger's Monographie bezweifelt, ob die Durchleuchtungserscheinungen an den Augen den von B. behaupteten hohen diagnostischen Werth besitzen. Autoreferat.

51) **L. Grünwald. Berichtigung.** *Archiv f. Laryngologie u. Rhinologie. Bd. I. Heft 3.*

G. stellt kurz eine Bemerkung Jansen's richtig, der ihm Inconsequenz in

der Beurtheilung eines Falles von Kieferhöhleneiterung vorgeworfen hat (die betr. Arbeit ist im Centralblatt X. No. 10. p. 494 referirt). F. KLEMPERER.

52) **Anton Witzel. Meine Erfahrungen in der Behandlung der Eiterungen in der Highmorshöhle.** *Archiv f. Laryngologie u. Rhinologie. Bd. I. Heft 3.*

Bei frischen Entzündungen nach Zahnextraction führt W. über einer Sonde ein dünnes Drainrohr ein, durch das er nach Zurückziehung der Sonde 2—3 mal täglich eine Lösung von Sublimat 1,0, Carbol 10,0, Spiritus 100,0, Aqu. Menth. piper. 2000,0 einspritzt. Bei chronischem Empyem und wenn bei Vorhandensein fauler Zahnwurzeln keine Verbindung von der Alveole zum Antrum besteht, bohrt W. mit der zahnärztlichen Bohrmaschine eine Oeffnung von der Alveole her nach oben und aussen in die Kieferhöhle, spritzt zuerst mit einer nicht ätzenden antiseptischen Lösung aus und stopft dann eine Jodoformpaste (bestehend aus Jodoform. pulver. 9,0, Gummi arab. plv. 1,0, Mucil. gummi arab. Glycerin aa gutt. 6. m. f. pasta dura) in die Höhle ein. F. KLEMPERER.

53) **Hausmann** (Dornheim). **Beitrag zum Empyema antri Highmori.** Dissertat. Würzburg. 1893.

In dem ersten Falle (53jährige Frau) handelte es sich möglicherweise um ein secundäres Empyem von der Nase her, in zwei anderen Fällen um von cariösen Zähnen aus entstandenes Empyem. SEIFERT.

54) **J. B. Kellog. Empyem der Nasennebenhöhlen. (Empyema of the nasal accessory sinuses.)** *Journal Ophth., Otology and Laryngol. Januar 1894.*

Verf. berichtet über 3 Fälle von Empyem der Higsmorshöhle, davon einen bei einem Manne von 69 Jahren, dessen Leiden seit 20 Jahren bestand. Das Antrum wurde angebohrt, der Eiter entleert und durch ein eingelegtes Röhrchen, das auf dem künstlichen Gebiss des Pat. ruhte, die Höhle täglich mit einer Salzlösung ausgespritzt. Schon nach einer Woche hörte die Sekretion auf und recidivirte nicht, sodass die Irrigationen bald ausgesetzt werden konnten und die Oeffnung heilen durfte. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

55) **Krug** (Ilversgehofen). **Ein Fall von Epithelmetaplasie der Highmorshöhle.** Dissert. Würzburg. 1894.

In dem histologisch genau untersuchten Falle handelte es sich um ein Plattenepithelcarcinom, das in der Highmorshöhle auf einem durch Metaplasie umgewandelten Epithel sich entwickelt hatte, nicht etwa secundär vom Naseneingang oder von der Mundhöhle in die Oberkieferhöhle eingedrungen war. SEIFERT.

c. Mundrachenhöhle.

56) **G. Lewin. Krankenvorstellungen.** *Berliner klin. Wochenschrift. 1894. No. 16.*

L. stellte in der dermatologischen Vereinigung einen Kranken vor mit grossen

gummösen Ulcerationen der Wange und Zunge, eine Kranke mit Gummigeschwulst am harten Gaumen und eine Kranke mit Empyem der linken Highmorshöhle.

LANDGRAF.

57) **Redactionelle Notiz. „Der herabfallende Gaumen.“ („Falling of the palate.“)** *N. Y. Med. Journal. 16. Juni 1894.*

Das Herunterfallen des Gaumens spielt im Volke eine grosse Rolle. Alle Affectionen des Mundes und Halses, für die man eine Erkältung nicht gut verantwortlich machen kann, werden einem Prolaps des Zäpfchens oder, wie die Leute sagen, dem „Herunterfallen des Gaumens“ zugeschrieben. Oft, schreibt der Verf., kommen Leute zu ihm mit der Klage über Halsweh oder mit Schluckbeschwerden und alle geben bestimmt an, dass ihnen der Gaumen herabgesunken sei. Und wenn der Arzt auch darüber lacht und sich alle Mühe giebt, dem Pat. klar zu machen, dass dies ein Unsinn sei, die Leute bleiben bei ihrer Idee. Da giebt die eine an, dass eine kluge Frau es ihr gesagt habe; die andere weiss von einem Kinde, dass 6 Monate lang denselben Zustand hatte und daran zu Grunde gegangen wäre, wenn die Hebamme den Gaumen nicht in seine richtige Lage zurückgebracht hätte. Es giebt geradezu Specialisten für diese geheimnissvolle Operation, Hebammen und kluge Frauen, die mit Absicht diese Einbildungen nähren und weiterverbreiten, weil sie davon Ruhm und Nutzen ziehen. Und gegen solche Irrlehren kämpft der Arzt vergeblich an; darum ist es nach Verf.'s Ansicht besser, er macht gewisse Concessionen; er gebe den Patienten zu, dass der Gaumen wirklich etwas verlagert sei, betone aber, dass daneben noch andere Störungen, eine Angina, Laryngitis etc. bestehe. So schont er das Gefühl des Pat. und die geliebte Tradition, ohne doch seinen ärztlichen Ueberzeugungen ernstlich etwas zu vergeben.

Der Prolaps oder die hypertrophische Verlängerung des Zäpfchens hat keine pathologische Bedeutung; einzig gewisse hartnäckige Formen von Husten, welche die Berührung der Zungenbasis hervorbringt, finden in derselben ihre Erklärung; alle anderen Störungen, die ihr zugeschrieben werden, existiren nur in der alten Ueberlieferung und in der Thorheit der Leute. Der Verf. citirt einen Fall: Eines Abends suchte ihn ein Mann auf, in grosser Hast, blass und mit allen Zeichen des Schreckens. Unter grossen Mühen gab er an, dass er nicht sprechen könne; er ersticke, er wisse nicht, was er im Halse habe, doch habe ihm jemand gesagt, dass sein Gaumen wohl herabgefallen sei. Dabei rann dem Manne eine blutiger, viscöser Speichel in grosser Menge fortwährend aus dem Munde. Bei der Untersuchung sah man hinten im Munde einen etwa 2 cm langen cylindrischen Körper; derselbe war von der Grösse eines kleinen Fingers, livide verfärbt und von blutig-schleimigen Massen umgeben. Es war dies die enorm vergrösserte Uvula. Natürlich musste das Zäpfchen bei diesem Manne wohl schon lange durch eine Angina ödematös geschwollen gewesen sein und wahrscheinlich war es bei einer Hustenanstrengung in den Mund hineingedrängt worden, von wo es in Folge der Schwellung nicht mehr zurück konnte. Der Verf. drängte es nach hinten und erleichterte dadurch dem Manne das schwerbeladene Herz. Obgleich nicht Specialist auf diesem Gebiete, hat er also doch einen „herabgefallenen Gaumen“ replacirt. „Vielleicht“,

schliesst der Autor, „wird Mancher es für verlorene Zeit halten und für Unrecht auf derartige Kleinigkeiten, die nicht der Rede werth sind, die Aufmerksamkeit zu lenken.“ **LEFFERTS.**

58) **Ch. Livon** (Marseille). **Bemerkungen über die Innervation des Gaumensegels. (Note sur l'innervation du voile du palais.)** *Marseille méd. 1. Juni 1894.*

L. bestätigt durch seine Versuche die von Vulpian gemachten Feststellungen über die Innervation des Gaumensegels. Der Musc. palato-staphylinus und der Pharyngo-staphylinus sind versorgt von den untersten bulbären Wurzeln des Vagus in Gemeinschaft mit andern Nerven (Facialis, Glossopharyngeus). Die beiden Mm. peristaphyl. extern. und intern. sind von den obersten bulbären Wurzeln versorgt (in Gemeinschaft mit den anderen Nerven). **A. CARTAZ.**

59) **Meijes. Angeborene einseitige Anomalie des Gaumensegels. (Anomalie congenitale unilaterale du voile du palais.)** *Revue de laryngologie. No. 8. 1894.*

Verf. beschreibt den Fall, den er als eine Entwicklungshemmung auffasst. Der Patient war ein Mann von 26 Jahren. **E. J. MOURE.**

60) **Seifert. Angeborener Substanzverlust des einen Gaumenbogens. (Perte de substance congenitale d'un pilier palatin.)** *Revue de laryngologie. No. 4. 1894.*

Verf. stellt die verschiedenen zur Publication gelangten Fälle zusammen und constatirt die Seltenheit dieser Affection. In dem von ihm selbst beobachteten Falle erstreckte sich der Substanzverlust von der Basis des Zäpfchens bis nahe an den Ansatz der Zunge. Verf. hält derartige Perforationen für angeboren und bedingt durch Entwicklungshemmung. **E. J MOURE.**

61) **H. D. Hamilton. Symmetrische congenitale Defecte in den vorderen Gaumenbögen. (Symmetrical congenital defects in the anterior pillars of the fauces.)** *N. Y. Med. Journal. 5. Mai 1894.*

Die vorderen Gaumenbögen zeigen zwei longitudinale Schlitze oder Fissuren; der linke Spalt ist etwas grösser als der rechte, er misst $^1/_2$ Zoll in der Länge bei einer Breite von $^3/_{16}$ Zoll an der breitesten Stelle. Die beiden Löcher haben eine nahezu ovale Form und erstrecken sich nach der Seite zur Zungenwurzel hin. Da die Tonsillen fehlen, lässt sich der Defect sehr leicht erkennen. Von Narbengewebe ist nichts zu sehen, die Ränder der Oeffnungen sind ganz glatt und haben das natürliche Aussehen des umgebenden Gewebes. **LEFFERTS.**

62) **Treitel. Totaler Defect des weichen Gaumens.** *Berliner klin. Wochenschr. 1894. No. 6. Deutsche med. Wochenschr. 1894. No. 4.*

Der Defect war im 15. Lebensjahre entstanden und durch einen vorzüglichen Obturator geschlossen. An der Patientin demonstrirte Tr. den Passavant'schen Wulst und Recessus medius der Bursa pharyngea. **LANDGRAF.**

63) **Chervin** (Paris). **Die Gaumenspalten vom orthophonischen Standpunkte aus. (Des fissures palatines au point de vue orthophonique.)** *Soc. de chir. 1894.*

Verf. betont die Vortheile der chirurgischen Behandlung im Vergleich mit der prothetischen und hebt die Bedeutung des orthophonischen Unterrichts als eines vervollkommnenden und unentbehrlichen Mittels zur Wiederherstellung der Phonation nach der Operation hervor. LUC.

64) **Maethe** (Christiania). **Ein 11jähriger Knabe operirt wegen Palatum fissum. (Een 11 aars Dreng opereret for spaltet Gane.)** *Forhdl. i det med. Selskab. 1893. S. 229.*

Die Gaumenspalte ging bis zu den Schneidezähnen. Operation in 3 Zeiten: 1. In Chloroformnarkose wurden die Bedeckungen des harten Gaumens gelöst. 2. In Cocainanästhesie wurden dieselben vernäht. 3. Das Velum wurde genäht. Keine einzige Sutur schnitt durch. Das kosmetische Resultat war vorzüglich.

SCHMIEGELOW.

65) **J. E. Mears. Behandlung von Gaumenspalten. (Treatment of cleft palate.)** *Philad. Polyclinic. 6. Januar 1894.*

Verf. hat ca. 100 Fälle operirt. Was die Wiederherstellung der Function anlangt, so wurde in allen Fällen das Schlucken erheblich gebessert, ja absolut zur Norm wieder hergestellt, mit Ausnahme von ein paar Fällen mit kurzem und rigidem Velum, in denen bei schnellen und unvorsichtigen Schluckanstrengungen ein Theil der Nahrung, besonders flüssiger, in die Nase trat. Die Besserung der Sprache war wechselnden Grades; sie hängt von der Grösse und Bildung des Schlundes und des Rachenraums ab. In sämmtlichen Fällen war der psychische Effect auf den Pat. selbst ein guter und schon aus diesem Grunde — wenn sonst aus keinem — ist die Operation gerechtfertigt. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

66) **John E. Grevers** (Amsterdam). **Die Methode Brophy zur Schliessung des Palatum fissum.** *Ned. Tijdschr. v. Geneesk. 1894. I. No. 8. S. 267.*

Brief an die Redaction über die von Brophy auf dem Zahnheilkundigen Congress in Chicago 1893 angegebene Operation zur Schliessung der Gaumenspalte. G. giebt von dieser Methode eine Beschreibung, welche Chirurgen interessiren dürfte. H. BURGER.

67) **A. E. Vermey** (Amsterdam). **Die Methode Brophy zur Schliessung des Palatum fissum.** *Ned. Tijdschr. v. Geneesk. 1894. I. No. 9. S. 299.*

V. hat gewisse Bedenken gegen diese Methode, rühmt indessen auch die anscheinenden Vorzüge derselben. H. BURGER.

68) **J. Wolff. Zwei Fälle von Operation der angeborenen Gaumenspalte.** *Dtsch. med. Wochenschr. 1894. No. 30.*

W. hat bei einem 6- und einem 3monatlichen Kinde die Operation mit gutem Resultat gemacht und empfiehlt die frühzeitige Operation als lebenserhaltend, oft direct lebensrettend. LANDGRAF.

69) **N. Davis-Colley. Eine Operation für die Heilung der Spalten des harten und weichen Gaumens. (An operation for the cure of cleft of the hard and soft palate.)** *Brit. Med. Journal. April 28. 1894.*

Der am 24. April 1894 vor der Royal Medico-chirurgical Society gehaltene und im British Medical Journal ausführlich berichtete und illustrirte Vortrag ist ebenso wie die ihm folgende Discussion von ausschliesslich chirurgischem Interesse und eignet sich nicht zu einer Wiedergabe im Auszug. Interessenten müssen auf das Original verwiesen werden. SEMON.

70) **Fitzgerald. Nadeln für Gaumenspalten. (Needles for cleft palate.)** *British Med. Journal. 12. Mai 1894.*

Zwei lange Nadeln mit einem „Slot" werden benutzt. In der einen Nadel geht der „Slot" nach der Spitze zu, in der anderen nach dem Griff. Die erste Nadel wird mit einem Seidenfaden durch die rechte Seite des Gaumens eingeführt. Die andere Nadel wird auf der linken Seite eingeführt, hakt den Faden von der ersten Nadel auf und zieht ihn durch die linke Seite zurück.

ADOLPH BRONNER.

71) **Surgeon Capt. Holmden. Ein Fall von Verletzung des Halses und harten Gaumens. (A case of injury to the throat and hard palate.)** *Lancet. 10. Februar 1894.*

Der eigenartige Vorfall passirte einem Eingeborenen auf einer Viehzuchtstation. Ein Ochs stiess ihn mit einem Horn unterhalb des Unterkiefers. Das Horn durchdrang die Weichtheile, stiess die Zunge zur Seite und zerbrach den harten Gaumen, durch den es in die linke Nasenhöhle eindrang. Die Behandlung hielt sich einfach an die allgemeinen chirurgischen Regeln und der Pat. kam ohne Zwischenfall zur Heilung. MACKENZIE-JOHNSTON.

72) **Eisenmenger** (Wien). **Ueber die plexiformen Sarkome des harten und weichen Gaumens und deren Stellung zu den anderen dort vorkommenden Geschwülsten.** *Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie. XXXIX. 1. 2. 1894.*

Zu 5 detaillirt geschilderten Fällen kommen noch 76 aus der Literatur zusammengestellte Beobachtungen, welche zeigen, dass am Gaumen eine anatomisch und auch klinisch wohlcharakterisirte Geschwulstform vorkommt, welche als eine besondere, verhältnissmässig nicht seltene Localisation der sogenannten Mischgeschwülste der Parotisgegend aufzufassen ist. Sie zeichnen sich klinisch durch langsames Wachsthum und ihre Abkapselung aus, können aber auch rascher wachsen, ihre Kapsel durchbrechen und auf die benachbarten Texturen übergehen, den Charakter von malignen Geschwülsten annehmen, ohne aber Drüsen- oder entfernte Metastasen zu machen. Anatomisch sind diese Geschwülste charakterisirt durch endo- oder peritheliale Zellwucherungen, welche theilweise colloide Metamorphosen eingehen können und häufig auch durch das Vorkommen von anderen knorpeligen, myxomatösen, fibromatösen und lipomatösen Antheilen in wechselnden Mengen.

In der Arbeit sind dann noch 7 Fälle von primärem Epitheliom am Gaumen, eine melanotische Geschwulst und ein Aneurysma (der Maxillaris interna oder der Carotis interna) mitgetheilt. SEIFERT.

73) **Adolf Schmidt** (München). **Alveolarsarcom des weichen Gaumens.** *Münchn. med. Wochenschr. No. 10. 1894.*

Die 2 cm lange, $1^1/_2$ cm breite und $^1/_2$ cm hohe, der linken Hälfte des weichen Gaumens breitbasig aufsitzende Geschwulst fand sich bei einem hochaufgeschossenen anämischen 12jährigen Knaben und wurde, da früher immer Recidive aufgetreten waren, radical operirt. SCHECH.

74) **H. D. Hamilton. Epitheliom des weichen Gaumens. (Epithelioma of the soft palate.)** *Canada Med. Record. Januar 1894.*

Der Fall betrifft eine Frau von 45 Jahren; die Erkrankung begann am weichen Gaumen und ging auf die Zunge über. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

75) **A. H. Cleveland. Epitheliom des weichen Gaumens. (Epithelioma of the soft palate.)** *Phil. Med. News. 28. April 1894.*

Bei der Untersuchung des Mundes constatirte man eine grosse unregelmässige Geschwulstmasse, die das ganze Zäpfchen einnahm, nach oben auf den weichen Gaumen sich ausbreitete und nach beiden Seiten hin etwa bis zur Mitte der Gaumenbögen reichte. Die Ränder derselben erschienen erhaben und scharf umschrieben. Die ganze Geschwulst fühlte sich derb an; sie war von einer oberflächlichen Ulceration bedeckt.

Man diagnosticirte sogleich mit grosser Wahrscheinlichkeit ein Epitheliom und die mikroskopische Untersuchung eines von der Spitze der Uvula abgetragenen Geschwulststückchens bestätigte diese Diagnose. Da die sofortige Excision die besten Chancen für den Patienten zu bieten schien, wurde dieselbe angerathen und vom Patienten auch acceptirt. LEFFERTS.

76) **A. H. Cleveland. Eine neue Form von Gaumenhaken. (A new form of palate hook.)** *Phil. Med. News. 26. Mai 1894.*

Der dem Artikel beigegebene Holzschnitt veranschaulicht das Instrument und seinen Mechanismus besser, als es eine Beschreibung vermöchte. In den allgemeinen Principien weicht dasselbe übrigens von der Mehrzahl der zur Zeit gebräuchlichen Gaumenzurückzieher nicht ab. LEFFERTS.

77) **W. H. Coffron. Gaumenhaken. (Palate hook.)** *Philad. Medical News. 30. Juni 1894.*

Eine Reclamation um die Priorität. LEFFERTS.

d. Diphtheritis und Croup.

78) **W. H. Daly. Croup und Diphtherie — ihre Unität oder Dualität. (Croup and diphtheria — their unity or duality.)** *N. Y. Medical Journal. 10. Februar 1894.*

Verf. glaubt, dass manche Verschiedenheiten in dem Symptomenbilde verschiedener Fälle von Diphtherie durch Modificationen bedingt sind, die nicht immer leicht zu erklären sind. Es lassen sich Argumente beibringen für die Unität wie für die Dualität und ein ganz sicherer Entscheid ist zur Zeit nicht möglich. Die experimentellen Intoxicationen mit dem Diphtheriegift haben viel Licht auf die Erkrankung geworfen; man hat beim Thiere Paresen, Paralysen und andere Erscheinungen erzeugt, wie man sie bei der menschlichen Erkrankung beobachtet. Danach glaubt Verf. wohl an die Unität der Ursachen beim Croup und bei der Diphterie, allein es bleibt die Möglichkeit offen, dass klimatische Einflüsse, hygienische Maassnahmen, die Verhältnisse des Patienten etc. etc. die Affection in verschiedener Weise modificiren. Bei der pharyngealen Form der Erkrankung finden die Toxine und Albumosen die günstigsten Bedingungen, da sie leicht resorbirt werden können; deshalb wird die Krankheit sehr bald constitutionell. **LEFFERTS.**

79) **T. E. Satterthwaite. Die Pathologie der Diphtheritis. (The pathology of diphtheria.)** *N. Y. Medical Journal. 10. Februar 1894.*

Verf. bespricht die bakteriologischen Verhältnisse der Diphtherie und erinnert an das nicht seltene Vorkommen diphtheroider Erkrankung, die in vielen Hinsichten der Diphtherie gleicht, jedoch ohne den Klebs-Loeffler'schen Bacill zu beherbergen. Auf der anderen Seite kommen aber auch Bacillen vor, ohne dass sie eine Membran verursachen. **LEFFERTS.**

80) **W. Carroll Chapman. Die Diphtheritis als primär locale, secundär constitutionelle Erkrankung. (Diphtheria, primarily a local, secondarily a constitutional disease.)** *Phil. Med. News. 20. Januar 1894.*

Verf. schliesst mit folgenden Thesen:

1. Die Diphtherie manifestirt sich zuerst local; oft wird die Erkrankung überhaupt übersehen, bis constitutionelle Symptome sich einstellen, die durch die Resorption des von den Klebs-Loeffler'schen Bacillen producirten Giftes hervorgerufen werden.

2. Die Bacillen, die den toxischen Eiweissstoff produciren, sind im Larynx und Pharynx oder in der Nase localisirt; die Vergiftungserscheinungen lassen infolge dessen auch nach, wenn man ein kräftiges keimtödtendes Mittel gründlich auf diese Schleimhäute applicirt.

3. Auch wenn die Bacillen unterhalb der Oberfläche liegen, hat eine Lösung von H_2O_2 und wahrscheinlich auch von anderen Antisepticis die Kraft, sie zu erreichen.

4. Die constitutionellen Symptome scheinen vermeidbar zu sein, wenn man das keimtödtende Mittel in 2stündlichen Intervallen vor der Resorption oder Secretion der toxischen Albumose applicirt.

5. Es scheint zweifellos, dass der Bacillus zuerst — wenigstens in der grossen Mehrzahl der Fälle — ausschliesslich die Hals- und Nasenschleimhäute invadirt; der Ansteckung ausgesetzte Kinder, denen Hals und Nase täglich mit antiseptischen Mitteln behandelt wurde, erkrankten nicht, während unbehandelte erkrankten.

6. H_2O_2, ebenso Sublimat und wahrscheinlich viele andere Antiseptica vermögen in geeigneter Concentration die Bacillen inactiv zu machen und wahrscheinlich zu vernichten, so dass die Giftsecretion ausbleibt. LEFFERTS.

81) **A. Jacobi. Intacte Schleimhäute, keine Diphtherie. (Unbroken mucous membrane, no diphtheria.)** *N. Y. Med. Record. 24. Februar 1894.*

J. hebt die Thatsache hervor, dass die Diphtheritis ihren Ursprung nimmt von irgend einer Läsion der Hals-, Nasen- oder Mundschleimhaut; wenn das Epithel dieser Theile ganz gesund ist, in seiner Continuität nicht zerrissen, dann können die Krankheitskeime nicht Platz greifen. Die Diphtheritis trifft Personen mit acutem oder chronischem Catarrh, sogen. Tonsillitis oder anderen Zuständen, bei denen das Epithel verletzt ist. Beim Erwachsenen kommt die Diphtherie selten vor, weil bei ihm die tonsilläre Hypertrophie relativ selten ist. Bei Kindern mit hypertrophischen Tonsillen und häufigen Anfällen von Mandelentzündung ist die Excision rathsam. In der gesunden Narbe kommt Diphtherie nicht vor.

LEFFERTS.

82) **A. Walter Suiter. Beobachtungen über die Diagnose und einige sanitäre Gesichtspunkte der Diphtherie. (Observations on the diagnosis and on some sanitary aspects of diphtheria.)** *N. Y. Med. Journal. 10. Februar 1894.*

Etwa 50pCt. der Fälle, die früher als Diphtheritis gegolten haben, erweisen sich jetzt bei bakteriologischer Untersuchung als Pseudodiphtherie, als nicht durch den Klebs-Loeffler'schen Bacillus bedingt. Die klinische Untersuchung allein reicht zur Unterscheidung beider Arten von Erkrankung nicht aus. Der Staat hat ein Interesse an der Diagnose zweifelhafter Fälle; deshalb soll er überall Laboratorien einrichten und dem Praktiker Hilfskräfte zur Verfügung stellen, die ihm die bakteriologische Untersuchung abnehmen. LEFFERTS.

83) **J. B. Greenley. Ist die Diphtheritis stets bakteritischen Ursprungs und durch Contagion entstanden? (Is diphtheria always of microbic origin and due to contagion?)** *Americ. Practitioner and News. 24. Februar 1894.*

Nach seinen eigenen Beobachtungen ist der Verf. der Ansicht, dass manche der sogen. contagiösen Krankheiten unabhängig von jeder Contagion entstehen können, unteren anderen auch Diphtherie, Scharlach, Typhus und Cholera. Die Keimtheorie ist nach G. noch blosse Theorie, keine gesicherte wissenschaftliche Thatsache. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

84) . . . . **Die Diphtheritis in Tottenham. (Diphtheria at Tottenham.)** *Lancet. 7. Februar 1894.*

Eine redactionelle Notiz von ausschliesslich localem Interesse; die Hospitaleinrichtungen zur Aufnahme Diphtheriekranker werden besprochen.

MACKENZIE-JOHNSTON.

85) **J. L. Morse. Bakteriologische Untersuchungen an 400 Fällen von Halsentzündung bei Diphtherie und Scharlachfieber, mit besonderer Berücksichtigung der Pathogenese. (A bacteriological study of 400 cases of inflammation of the throat, occuring in diphtheria and scarlet fever, with especial reference to pathogenesis.)** *Boston Med. and Surg. Journal. 15. u. 22. Februar 1894.*

Die Untersuchungen stammen aus dem pathologischen Institut des Boston City Hospital. Die mit einem Preise 1893 gekrönte Arbeit ist voll technischer Darlegungen und zu ausführlich, um für ein Referat sich zu eignen.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

86) **A. K. Chalmers** (Glasgow). **Scarlatina und scarlatinöse Halserkrankung; ein Beispiel von Milch Infection. (Scarlatina and scarlatinal sore throat. A record of milk infection.)** *Glasgow Med. Journal. Februar 1894.*

Der Ausbruch einer kleinen Scharlach-Epidemie, die Ch. beobachtet hat, liess sich auf inficirte Arbeiter zweier Farmen zurückführen. P. MC BRIDE.

87) **Goodhall** u. **Washbourn. Membranöse Halsentzündung beim Scharlach. (Membranous inflammation of the throat during scarlet fever.)** *N. Y. Med. Record. 17. Februar 1894.*

In Fällen, in denen neben einer starken Membran ein wohlausgebildetes Exanthem besteht, hat die Diagnose zu entscheiden zwischen: 1. schwerem Scharlach mit membranöser Angina; 2. Diphtheritis mit Exanthem; 3. Coexistenz von Scharlach und Diphtherie. Eine Sicherung der Diagnose ist nur durch die bakteriologische Untersuchung möglich. Die Verff. sind der Ansicht, dass membranöse Halsentzündungen, die während des acuten Stadiums des Scharlachs eintreten, gewöhnlich nicht echte Diphtherie sind, dass dagegen während der Reconvalescenz wahre Diphtheritis vorkommt.

LEFFERTS.

88) **Thorne Thorne. Ueber Diphtheritis. (On diphtheria.)** *N. Y. Medical Record. 10. Februar 1894.*

Der Artikel enthält einen ausführlichen Bericht über den interessanten und wichtigen Vortrag, den Th. im Sanitary Institute, London am 10. Jan. 1894 über „Aetiologie, Verbreitung und Verhütung der Diphtherie" gehalten hat. (Vergl. das Referat Centrbl. XI. No. 6. p. 292.)

LEFFERTS.

89) **Behring. Die Blutserumtherapie zur Diphtheriebehandlung des Menschen.** *Berliner klin. Wochenschr. 1894. No. 36.*

B. hat seine Anschauungen, die eine völlig neue Aera der Behandlung von Infectionskrankheiten begründen sollen, in 15 Sätzen niedergelegt, von deren

Inhalt das Referat ein möglichst kurzes Bild geben soll. Die Blutserumtherapie ist eine antitoxische, bestimmt die Krankheiten zu bekämpfen, von denen wir annehmen, dass sie durch Mikroorganismen bedingt sind. Auch Vergiftungen mit pflanzlichen und thierischen Giften, z. B. Schlangengift, sind ihr zugänglich. Die specifischen Antitoxine, welche das wirksame Princip darstellen, sind bisher nur im Blute immunisirter Thiere gefunden und nur für die Diphtherie in genügender Menge dargestellt. Sie werden in den Höchster Farbwerken in 2 Präparaten ausgegeben, eine einfache Heildosis No. I. = 10 ccm für 5 M., No. II., Preis 15 M., enthält in 16,5 ccm die zweieinhalbfache Dosis. Ob letzteres Präparat immer vorräthig sein wird, ist fraglich. Die einfache Heildosis reicht in der Mehrzahl bei Kindern unter 10 Jahren, die bis zum 3. Tage zur Behandlung kommen, aus. Bei Erwachsenen, bei vorgeschrittenen und bei schweren Fällen ist Wiederholung nöthig. Zur prophylactischen Behandlung genügt der 10. Theil der Heildosis. Schädliche Wirkungen sind bisher nicht bekannt. Die Behandlung ist um so sicherer, je früher sie eingeleitet werden kann. Von 100 Fällen, die in den ersten 48 Stunden in Behandlung genommen werden, werden nicht 5 Fälle an Diphtherie sterben. Das Diphtherieantitoxin ist in Wasser löslich, gegen die atmosphärischen Einflüsse recht widerstandsfähig, sonst wissen wir von ihm nicht viel. Das einzige Reagens auf dasselbe ist der diphtheriekranke Körper, welcher entgiftet wird. Es ist demnach ein Specificum. Die Blutserumtherapie ist eben eine specifische, jedes Blutantitoxin hat nur einem einzigen Krankheitsstoff gegenüber Heil- und Schutzwirkung. Das Antitoxin entsteht aus dem reactionsfähigen Eiweiss des Organismus unter Umständen, welche auf eine allgemeine Störung der Regulirungsvorrichtungen im Organismus hindeuten. Die nach einer toxischen Infection auftretenden Krankheitssymptome sind der Ausdruck des Kampfes des Körpers gegen das eingedrungene Gift. Nach erfolgreichem Ueberstehen einer Infection enthalten die Körpersäfte einen Ueberschuss von Antitoxin. Dieser Ueberschuss wird verwendet, um anderen Individuen die Ueberwindung der gleichen Intoxication zu erleichtern. Darauf beruht die Blutserumtherapie.

Es ist vielleicht später einmal möglich, die Antitoxine synthetisch darzustellen. Bis jetzt ist aber jeder Versuch (v. Nencki-Smirnow) im Laboratoriumsexperiment das Diphtherieantitoxin aus dem Diphtheriegift darzustellen, als auf irrigen Vorstellungen beruhend anzusehen. LANDGRAF.

90) **Behring** u. **O. Boer. Ueber die quantitative Bestimmung von Diphtherieantitoxin-Lösungen.** *Deutsche med. Wochenschr. 1894. No. 21.*

Nichts von speciell laryngologischem Interesse. LANDGRAF.

91) **H. Aronson. Weitere Untersuchungen über Diphtherie und das Diphtherie-Antitoxin.** *Berliner klin. Wochenschrift. 1894. No. 18, 19.*

Schilderung der von A. angewandten Methode zur Herstellung des Diphtherie-Antitoxins. LANDGRAF.

92) **H. Aronson** (Berlin). **Weitere Untersuchungen über Diphtherie und das Diphtherie-Antitoxin.** *Berliner klin. Wochenschr. 1894. No. 18, 19.*

Die Schilderung der weiteren Untersuchungen zur Gewinnung eines Anti-

toxins in fester Gestalt ist nur für die Bacteriologen von Interesse. A. giebt an, dass es ihm gelungen ist, ein Serum zu erhalten von sehr bedeutend höherer Wirksamkeit, als Behring.

LANDGRAF.

93) **Behring. Zur Diphtherieheilungsfrage.** *Deutsche medicin. Wochenschrift. 1894. No. 15.*

Polemischer Inhalt.

LANDGRAF.

94) **H. Aronson. Zur Diphtherieheilungsfrage. Entgegnung auf den Artikel des Herrn Prof. Behring.**

95) **Behring. Bemerkungen zu vorstehender Entgegnung.** *Deutsche medicin. Wochenschr. 1894. No. 17.*

Polemik.

LANDGRAF.

96) **Behring** und **Ehrlich. Zur Diphtherieimmunisirungs- und Heilungsfrage.** *Deutsche med. Wochenschr. 1894. No. 20.*

Die Autoren wenden sich gegen die Erklärung Aronson's, dass dessen Antitoxin wirksamer sei, als ihr Heilserum.

LANDGRAF.

97) **Behring. Weitere Bemerkungen zur Diphtherieheilungsfrage.** *Deutsche med. Wochenschr. 1894. No. 32.*

B. wendet sich gegen eine Behauptung Buchner's, welcher in seinem am 7. Juli 1894 gehaltenen Vortrag das Aronson'sche Antitoxin für wirksamer erklärt hatte, als das Behring'sche Heilserum. Er glaubt, dass B. mystificirt sei, da das Heilserum erst vom 1. August ab von den Höchster Farbwerken in den Handel gebracht sei und Buchner früher nie ein Behring'sches Mittel, weder aus Höchst, noch von Behring oder Ehrlich bekommen habe.

LANDGRAF.

98) **P. Ehrlich, H. Kossel** und **A. Wassermann. Ueber Gewinnung und Verwendung des Diphtherieheilserums.** *Deutsche medicin. Wochenschrift. 1894. No. 16.*

Die Autoren publiciren die von ihnen in verschiedenen Krankhäusern Berlins gemachten Erfahrungen.

Tabelle I.

Summe der Behandelten	Geheilt	Gestorben	Heilung pCt.	Davon waren tracheotomirt			
				Summe	geheilt	gestorben	Heilung pCt.
220	168	52	76,4	67	37	30	55,1

Die Sicherheit des Erfolges hängt ab von dem Zeitpunkt der Inangriffnahme der Behandlung.

Tabelle II.

Krankheitstag	Behandelt	Geheilt	Gestorben	Heilung pCt.
1	6	6	0	100
2	66 (9)	64 (7)	2 (2)	97
3	28 (8)	25 (7)	4 (1)	86
4	39 (14)	30 (10)	9 (4)	77
5	23 (10)	13 (4)	10 (6)	56,5

( ) = tracheotomirt.

LANDGRAF.

99) **Schubert. Ueber die mit dem Behring-Ehrlich'schen Diphtherie-Heilserum gemachten Erfahrungen.** *Deutsche med. Wochenschr. 1894. No. 22.*

Im Elisabeth-Krankenhause wurden vom 5. Febr. bis 4. Mai 1893 34 Kinder behandelt, davon 20 tracheotomirt. Es genasen 28, 6 starben (alle tracheotomirt). Im Allgemeinen genügt bei frischen Fällen eine Dosis zur Heilung. (Nachtheilige Folgen sind nie gesehen.)

LANDGRAF.

100) **Vosswinckel. Resultate der Heilserumtherapie bei Diphtherie.** *Deutsche med. Wochenschr. 1894. No. 22.*

Vom 20. Januar bis 22. März 1894 wurden im Urban-Krankenhause 60 Kinder behandelt, davon wurden 30 als schwer, 16 als mittelschwer, 14 als leicht angesprochen. Von den 30 schweren Fällen wurden geheilt 15 = 50 pCt., von den 16 mittelschweren 13 = 81 pCt., von den 14 leichten 14 = 100 pCt., insgesammt von 60 Fällen 42 = 70 pCt. 20 Kinder wurden tracheotomirt mit 9 Heilungen = 45 pCt.

Körte, der Dirigent der Abtheilung, spricht sich in einem Nachtrag günstig über das Verfahren aus.

LANDGRAF.

101) **Canon. Zur Diphtheriebehandlung mit Heilserum.** *Deutsche medicin. Wochenschr. 1894. No. 23.*

Im Juni 1893 kamen 15 Kinder zur Behandlung, von denen 3 starben. Vom 1. December 1893 bis 22. März 1894 wurden dann 44 Kinder behandelt, von denen 11 starben; also Heilung = 75 pCt. In der Zeit vom 1. Juli 1893, als kein Serum zur Verfügung stand, wurden von 66 Kindern 46 = 70 pCt. geheilt.

Die Diphtherieepidemie im Jahre 1893/94 war eine leichte.

LANDGRAF.

102) **Katz. Zur Antitoxinbehandlung der Diphtherie.** *Berl. klin. Wochenschr. 1894. No. 29. Deutsche medicin. Wochenschr. 1894. No. 28.* Discussion *No. 32.*

Von 128 mit Antitoxin (Aronson's, bei Schering gewonnenes Präparat) behandelten Kindern starben 17 = 13,2 pCt. Von 47 leichten genasen alle, von 35 mittelschweren starb 1, von 42 schweren 11, die 4 septischen starben alle.

Schädliche Wirkungen des Antitoxins wurden nie gesehen.

Zur Discussion nimmt Aronson das Wort, der erklärt, dass er von festem Antitoxin zum Heilserum zurückgekehrt sei. LANDGRAF.

103) **C. Weibgen. Zur Diphtheriebehandlung.** *Deutsche medic. Wochenschrift. 1894. No. 29.*

W. schildert die Behandlung, welche auf der Abtheilung des Prof. Hahn im Krankenhause Friedrichshain seit 1891 üblich ist und weist durch Tabellen nach, dass die Anzahl der Geheilten stetig gewachsen ist; von 44 pCt. der ersten Jahre auf 62 pCt. der letzten, resp. von 21 pCt. der Tracheotomirten auf 43 pCt. Er weist ferner nach, dass je früher die Kinder in das Spital kamen, je grösser die Aussicht auf Heilung war: 1. Tag 70 pCt., 5. Tag 38 pCt.

Im Februar und März wurden 65 Kinder mit Heilserum behandelt, davon genasen 47 = 72 pCt., von den Tracheotomirten 44 pCt.

Da die Frühjahrsepidemie einen ausgesprochen leichten Charakter hatte, sind Schlüsse auf den Werth dieser Behandlung noch verfrüht. LANDGRAF.

104) **O. Heubner. Praktische Winke zur Behandlung der Diphtherie mit Heilserum.** *Deutsche med. Wochenschr. 1894. No. 36.*

Der Director der Kinder-Abtheilung der Charité giebt eine kurze Darlegung der Behring'schen Methode und befürwortet möglichst frühzeitige Behandlung, ausreichende Menge des einzuspritzenden Mittels, aseptisches Verfahren bei der Einspritzung, er vermeidet es, nachher zu massiren. Von Nachwirkungen erwähnt er nur eine unschuldige und rasch vorübergehende Urticaria.

LANDGRAF.

105) **Heubner** (Leipzig). **Die Anwendung des Heilserums bei der Diphtherie.** *Schmidt's Jahrb. 4. 1894. p. 113.*

Bericht über 79 Fälle von Diphtherie, welche mit Diphtherieheilserum behandelt wurden. Die Vergleichung dieser Heilserumperiode mit zwei ungefähr gleich viele Fälle umfassenden Perioden, je eine vorher und eine nachher, ergiebt:

Periode I (vorher) . .	113 Fälle,	gest. 73 =	Mortal.	64,6 pCt.
„ II (Heilserum)	129 „	„ 55 =	„	42,6 „
„ III (nachher) .	118 „	„ 54 =	„	45,0 „

Die geringere Mortalität in Periode III gegenüber Periode I ist auf den milderen Charakter der Epidemie zurückzuführen. Es kommt, auch wenn man dieses Moment für Periode II geltend machen will, immer noch dem Heilserum eine wesentlich günstige Wirkung zu. SEIFERT.

106) **Smirnow** (Petersburg). **Ueber die Behandlung der Diphtherie mit Antitoxinen, die ohne Vermittelung des thierischen Organismus darstellbar sind.** *Berliner klin. Wochenschr. 1894. No. 30.*

S. glaubt, durch Electrolyse die Toxine in Antitoxine überführen zu können. Er ist vorläufig über Thierversuche nicht hinausgekommen. LANDGRAF.

c. Kehlkopf und Luftröhre.

107) **Cohn** und **Neumann** (Berlin). **Zur Bakteriologie des Keuchhustensputums.** *Arch. f. Kinderheilk. XVII. 1. 1893.*

Eine Reihe von bacteriologischen Untersuchungen, welche die Verff. an dem Materiale der Neumann'schen Poliklinik für Kinderkrankheiten zu machen Gelegenheit hatten, führt zu dem Schluss, dass weder der Bacillus von Afanassieff, noch der Diplococcus von Ritter, ebensowenig wie ein von ihnen selbst beschriebener Diplococcus als echte Keuchhustenerreger angesehen werden können. Als häufigen Begleiter der Pertussis fanden sie Streptokokken. SEIFERT.

108) **A. Hippius** (Moskau). **Ueber einige Veränderungen des Harns bei Keuchhusten. (O nekotorich swoistwach motschi pri kokljusche.)** *Med. obos. 1893. No. 4.*

Anschliessend an die Arbeit von Blumenthal macht Hippius auf die diagnostische Bedeutung der Veränderungen des Keuchhustenharns aufmerksam. Ihm ist es gelungen, 3 mal die Diagnose auf Keuchhusten nach den Harnuntersuchungen zu stellen, bevor andere deutliche Symptome vorhanden waren. In prognostischer Beziehung haben die Veränderungen gar keine Bedeutung.

Da es sich um eine vermehrte Leukocythenbildung handelt, so müsse man Mittel anwenden, welche die Leukocythenbildung verhindern, d. h. Chinin, Antipyrin und Atropin. Diese Mittel werden auch gegen diese Krankheit angewandt.

LUNIN.

109) **F. Blumenthal** (Moskau). **Ueber einige Veränderungen des Harns bei Keuchhusten. (O nekotorich swoistwach motschi pri kokljusche.)** *Med. obosr. 1893. No. 4.*

Das spec. Gew. des hellgelben Harns schwankte zwischen 1022 und 1032 und die Harnsäuremenge war um das 2—3fache vermehrt.

Besonders stark waren diese Veränderungen im Beginn der Krankheit. Beim Gebrauche von Chinin und Antipyrin sank das spec. Gew. auf 1010—1006 und der Harnsäuregehalt wurde normal.

Verf. meint, die vermehrte Harnsäurebildung lässt auf eine vermehrte Leukocythose des Blutes schliessen. LUNIN.

110) **Redactionelle Notiz. Die Hustenparoxysmen beim Keuchhusten. (Paroxysms of pertussis.)** *Med. Age. 10. Februar 1894.*

Das beste Medicament bisher ist Amylnitrit, innerlich gegeben. Man löst 1,5 Amylnitrit in 3,75 Alkohol und fügt Glycerin hinzu, so dass die Mischung 30 g beträgt. Davon erhält ein 10jähriges Kind 1 Theelöffel voll und mehr, so oft als nothwendig. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

111) **F. Burton-Fanning** (Norwich). **Bromoform bei Keuchhusten. (Bromoform in whooping cough.)** *Practitioner. Februar 1893.*

Verf. hat mit dem Bromoform beim Keuchhusten entschieden günstige Erfahrungen gemacht; er schreibt demselben eine besondere Fähigkeit zu, die Hustenanfälle abzuschwächen. MACKENZIE-JOHNSTON.

112) **J. I. Duncan. Die Erfolge und die Mängel des Bromoforms bei der Behandlung des Keuchhustens. (The failures and successes of bromoform in the treatment of whooping cough.)** *Canada Lancet. Februar 1894.*

D. fasst seine Erfahrungen dahin zusammen: das Bromoform verringert die Zahl und die Schwere der einzelnen Anfälle; es bessert das Erbrechen und hebt die Verdauung; es gewährt auch Ruhe, allein es verkürzt die Dauer der Krankheit nicht. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

113) **W. Peyre Porcher. Ein Fall von vollständigem Glottisverschluss durch Krampf bei einem Erwachsenen, gefolgt von Bewusstlosigkeit und längerer Schwäche. (A case of complete glottic spasm in an adult followed by unconsciousness and prolonged drowsiness.)** *N. Y. Medical Journal. 23. December 1893.*

Der Fall wurde vom Verf. auf der XV. Jahresversammlung der American Laryngological Association mitgetheilt und wird im Verhandlungsbericht besprochen. LEFFERTS.

114) **Leo** (Bonn). **Tod durch Glottiskrampf bei Hysteria virilis.** *Deutsche med. Wochenschr. 1893. No. 34.*

Ein 21jähr. Schneider, der im 11 Jahre Chorea gehabt hatte, litt seit März 1890, nachdem er einen Schlag auf den Kopf erlitten, wovon rechts in Scheitelhöhe eine fünfzigfennigstückgrosse Einsenkung bemerkbar, an Zuckungen, die die linksseitigen Extremitäten betrafen; später Schwindelgefühl, Kopfschmerz, klonische Zuckungen im linken M. triangularis menti, complete Anästhesie der linksseitigen Extremitäten, Krampfanfälle. Vorübergehende Besserung. Am 4. März 1893 wieder starke Krämpfe, die am 5. begleitet waren von von starker inspiratorischer Dyspnoe, Einziehen des Jugulum etc. Singultus. Am Abend, trotz künstlicher Athmung, Tod. Keine laryngoskopische Untersuchung. Die Obduction zeigte mässige ödematöse Trübung der Pia, starke Pacchionische Granulationen, sonst nichts Abnormes im Gehirn. Zwerchfell in Inspirationsstellung. Herz fest contrahirt. Beide Larynxhälften völlig adducirt, so dass die Stimmbänder und Taschenbänder eng aneinanderlagen. Wir bedauern mit dem Verf., dass keine laryngoskopische Untersuchung gemacht war. LANDGRAF.

115) **S. W. Ruttledge. Glottiskrampf. (Spasm of the glottis.)** *Minneapolis Homoeopathic Magazine. März 1894.*

Nichts von Interesse. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

116) **Bidon** (Marseille). **Die Behandlung des Glottiskrampfes durch Compression des Recurrens. (Traitement du spasme glottique par la compression du nerf phrenique.)** *Marseille méd. 16. Januar 1894.*

Der Nerv wird zwischen beiden Theilen des Sternocleido-mastoideus gedrückt. Diese schon vor 7—8 Jahren vom Verf. gegen den hysterischen Glottiskrampf, dann von Leloir gegen das hartnäckige Schlucken vorgeschlagene Methode wurde jetzt vom Verf. in einem Falle von tabetischem Glottiskrampf mit Erfolg angewendet. LUC.

117) **C. G. Kerley. Ein Fall von Laryngismus stridulus. (A case of laryngismus stridulus.)** *Archives of Pediatrics. Januar 1894.*

Der Patient war 7 Monate alt. Die Anfälle, anfangs leicht, nahmen an Heftigkeit zu und traten schliesslick 8—10 Mal am Tage auf. Nach Verordnung von Antipyrin 0,6 zweistündlich hörten dieselben auf.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

118) **J. W. Irwin. Laryngismus stridulus im Anschluss an eine Schussverletzung am Arme. (Laryngismus stridulus following a bullet wound in the arm.)** *Med. and Surg. Reporter. 27. Januar 1894.*

Der Pat., ein Mann von 22 Jahren, begann an Anfällen von Kehlkopfspasmus zu leiden, ohne dass anfangs eine Ursache erkennbar war. Nachdem der Zustand einige Tage gedauert, wurde der Verdacht einer Reflexursache rege und es ergab sich auf Nachforschung, dass der Pat. vor 4 Jahren einen Schuss in den Arm erhalten hatte. Die Kugel war nicht gefunden worden, hatte aber niemals irgend welche Störungen verursacht. Es liess sich feststellen, dass die Kugel in den rechten Arm neben dem vorderen Rande des Deltoideus nahe an dessen Ansatz eingedrungen war, gerade über dem Verlauf der Nerven, und als man dort einschnitt, fand sich auch die eingekapselte Kugel. Dieselbe wurde entfernt und sofort waren und blieben auch die Kehlkopfspasmen verschwunden.

W. J. SWIFT (LEFFERTS.)

119) **Redactionelle Notiz. Gegen Laryngismus stridulus. (For laryngismus stridulus.)** *Phil. Med. News. 12. Mai 1894.*

Rp. Chloralhydrat 2,00
Kalii bromat. 8,00
Syr. tolutan. 15,00
Aq. menth. piperit. 20,00
M. d. S. 1stündlich 1 Theelöffel.

LEFFERTS.

120) **Gerhardt. Accessoriuskrampf mit Stimmbandbetheiligung.** *Münchner med. Wochenschr. No. 10. 1894.*

Bei einem 62jährigen Manne mit Krämpfen im rechten Cucullaris und Sternocleidomastoideus beobachtete man bei der Inspiration stets mehrere kurz abgesetzte zuckende Bewegungen; nur selten hingegen zeigten sich dieselben auch bei der Adduction. Der Fall spricht für den Ursprung des Nerven der Kehlkopfmuskeln aus dem Accessoriuskerne. SCHECH.

121) **Scheinmann. Ein Fall von einseitigem klonischem Rachen- und Kehlkopfkrampf.** *Deutsche medicin. Wochenschr. 1894. No. 32. Münchner medicin. Wochenschr. 1894. No. 26.*

Bei einem ungenügend behandelten Syphilitiker trat $1^1/_2$ Jahr nach der Infection ein Schlaganfall ein mit linksseitiger Hemiplegie. Es bestand ein Gummiknoten der Conjunctiva und grosse Rachengeschwüre. Nach Heilung derselben konnte man das noch bestehende Phänomen finden: rechtsseitige Gaumenparese, links zuckende Bewegungen, die den hinteren Gaumenbogen nach der Medianlinie und die hintere Pharynxwand nach links oben bewegen, etwa 160 mal in der Minute. Dabei macht die linke Kehlkopfshälfte gleichzeitige adductorische Bewegungen. Sch. hält die Erscheinung für central bedingt und in Zusammenhang mit der Gehirnblutung.

In der Discussion stellt sich A. Eulenburg auch auf diesen Standpunkt und weist zudem darauf hin, dass auch in der vom Accessorius versorgten Halsmusculatur Zuckungen vorhanden sind. LANDGRAF.

122) **A. Toti. Ein sehr merkwürdiger Fall von intralaryngealem inspiratorischem Ruggitus. (Un caso stranissimo di ruggito inspiratorio.)** *Riv. di Pat. e Ter. etc. 1894. No. 1.*

Das Geräusch stellte sich ein am Anfang der Inspiration, und hörte am Ende dieser auf. Es war sehr tief, heftig und grob schwingend. Die laryngoskopische Untersuchung stellte fest, dass der hintere laterale Theil des Randes des Vestibulums, von einem Wrisberg'schen Knorpel zum anderen und etwas weiter ins Innere des Vestibulums selbst während der Inspiration umgebogen wurde, und durch die inspiratorische Luftsäule in grobe Vibrationen versetzt wurde, welche den Ruggitus verursachten. Die Erscheinung wurde bei einer hysterischen jungen Frau beobachtet, die in der internen Klinik von Florenz aufgenommen wurde. Eine Simulation war absolut ausgeschlossen. Die Ursache findet Verf. in einer ungenügenden Tension der Ligg. aryepiglottica, verursacht durch functionelle Parese der Zungenmusculatur. Das Geräusch schwand ein erstes Mal durch einfache Suggestion. Das zweite Mal war es nöthig, die suggestive Wirkung einer elektrischen Maschine zu Hülfe zu ziehen. Autoreferat.

123) **Leonard Guthrie** (London). **Congenitaler Athemkrampf. (Congenital respiratory spasm.)** *British Medical Journal. 14. April 1894.*

Demonstration zweier Säuglinge von 3 und 6 Monaten am 5. April vor der Harveian Society of London. Sowohl die Inspiration wie die Exspiration wurden von einem tönenden Geräusch begleitet. Dieser Zustand war seit der Geburt fast constant gewesen, variirte aber an Schwere. Die Dyspnoe bedingte anscheinend keine besondere Qual. Cyanose war niemals beobachtet worden. Weinen und Husten waren völlig natürlich. Der Pharynx war, soviel gesehen werden konnte, normal und nasale Obstruction nicht vorhanden. Eine befriedigende Untersuchung des Kehlkopfs war nicht möglich. In beiden Fällen waren keine Zeichen von Atelectase, aber leichter Bronchialcatarrh vorhanden. Das Allgemeinbefinden war ziemlich gut, doch litt das jüngere Kind an häufigen Convulsionen. Die Anamnese

wies auf keine Familiendisposition hin. Bei dem Mangel einer befriedigenden laryngoscopischen Untersuchung war der Vortragende geneigt, das Leiden mit Dr. Thomson (Edinburgh) als eine „Entwicklungsneurose“ oder congenitale Incoordination der Respirationsmuskeln des Thorax, Pharynx und Larynx anzusehen, welche vielleicht von noch nicht reifer Entwicklung der Respirationscentren abhinge.

Dr. C. W. Chapman hatte vor einigen Jahren einen Fall mit ähnlichen Symptomen, wie denen der demonstrirten Kinder gesehen. Die Dyspnoe wurde sehr stark, und Tracheotomie musste vorgenommen werden. Die drei Wochen später erfolgte Obduction zeigte multiple Papillome im Kehlkopf. — Der Vortragende erwähnte in seiner Antwort, dass das Eine der Kinder mit kleinen Dosen von Strychnin, und das Andere mit Bromkalium und Leberthran behandelt worden sei. Beide wiesen unter dieser Behandlung beträchtliche Verbesserung auf. Die von Dr. Lees beschriebene und in der Discussion von Dr. Philips erwähnte Missbildung der Epiglottis sei nicht in allen Fällen beobachtet worden.

SEMON.

124) **James Cagney** (London). **Ueber die motorischen Anomalien des Kehlkopfes: Abductor-Tonus und Abductor-Empfindlichkeit. (On the laryngeal motor anomalies: Abductor tonus and abductor proclivities.)**

125) **Felix Semon** (London). **Briefe an den Redacteur der Lancet unter demselben Titel.** *Lancet. 16. Juni bis 14. Juli 1894.*

Cagney geht zuerst in kurzer und klarer Weise auf die Streitfrage ein, warum und ob in Fällen von centraler (bulbärer) oder peripherer Verletzung des Recurrens die Abductormuskeln früher als die Verengerer gelähmt werden, und stimmt den Ansichten Semon's bei. Er selbst erklärt diese Thatsachen auf sehr einfache Weise: der Abductorenkern in der Medulla steht in keiner Verbindung mit einem corticalen Kern, und deshalb sind der Ganglienkern, die Nervenfasern und die Muskeln, welche der Erweiterung der Stimmritze dienen, nicht so lebens- und widerstandsfähig als die Verengerer, welche bekanntlich mit einem corticalen Centrum in Verbindung stehen.

In einem Brief an den Redacteur der Lancet weist Semon mit Berufung auf den peripheren specifischen Einfluss des Aethers auf die Abductormuskeln nach, dass die Cagney'sche Hypothese zur Erklärung der grösseren Vulnerabilität der Erweiterer nicht ausreicht. Cagney besteht nichtsdestoweniger auf seiner Meinung. Der Rest der Controverse fördert nichts Neues zu Tage.

ADOLPH BRONNER.

126) **A. Toti. Die Functionen des Larynx und ihre centrale Innervation. Die neueren Experimente Masini's. (Le funzioni della laringe e la loro innervazione centrale. I recenti esperimenti di Masini.)** *Riv. di Pat. e Ter. etc. 1894. No. 2.*

Eine Literaturzusammenstellung, in der Verf. eine Kritik der neueren Experimente Masini's giebt. Dieser hat die Wirkung des Kehlkopfcentrums dadurch studirt, dass er an zwei mit Morphium eingeschläferten Hunden ein Cocainkrystall auf der corticalen Oberfläche des Centrums aufgelegt, oder Einspritzungen von ge-

löstem Cocain in die Rindensubstanz rings um das Centrum selbst gemacht hat. Er giebt an, bei beiden Experimenten constatirt zu haben, dass das gegenseitige Stimmband, sobald sich die Cocainwirkung geltend macht, etwas träge Adductionsbewegungen auszuführen anfängt, bis es binnen 5 Minuten absolut paretisch wird — und zieht daraus den Schluss, „dass einseitige wie auch immer angestellte Verletzungen des Larynxcentrums eine gekreuzte glottische Parese zur Folge haben.“ T. erhebt dagegen den Einwand: die Adductionsbewegungen, von denen M. zuerst die Trägheit, dann die wahre Parese constatirt hat, können weder willkürlicher noch reflexer Natur sein, da es sich um eingeschläferte Thiere handelt, bei denen sich der Experimentator darauf beschränkt hat, in den Larynx hineinzuschauen. Es bleiben also nur die respiratorischen Adductionsbewegungen des Stimmbandes übrig. Man könnte zuerst einwenden, dass die respiratorischen Adductionsbewegungen so klein sind, dass es sich kaum versteht, wie man deren Trägheit zuerst, dann ihre wahre Parese constatiren, und letztere von der Paralyse unterscheiden kann. Aber dieser Einwand wird überflüssig, wenn man bedenkt; 1. dass die (ex-)respiratorischen Adductionsbewegungen des Stimmbandes passiver Natur sind (das active ist die inspiratorische Abduction); 2. dass die respiratorischen Bewegungen der Stimmbänder überhaupt so unabhängig von der corticalen Innervation sind, dass dieselben auch bei solchen Thieren bestehen bleiben, denen man nicht nur die beiden Kehlkopfcentren, sondern auch das ganze Grosshirn bis auf den Boden des 4. Ventrikels abgetragen hat (Semon). — Es ist daher ganz unverständlich, wie M. bei den gegebenen Bedingungen des Experiments hat die adductorischen Bewegungen des entgegengesetzten Stimmbandes zuerst träger, dann absolut paretisch werden sehen können. Mindestens ist man aus solchen Experimenten nicht berechtigt, den Schluss zu ziehen, dass „einseitige, wie auch immer angestellte Verletzungen gekreuzte phonische Parese zur Folge haben.“ Autoreferat.

127) **G. W. Moore** (Dublin). **Ein Fall von combinirter Lähmung der rechten Portio Dura und der Vagus Nerven. (A case of associated paralysis of the right portio dura and pneumogastric nerves.)** *Dublin Jour. of Med. Scienc. April 1894.*

M.'s Fall ist höchst interessant, lässt sich aber nicht in kurzem Referate wiedergeben. Wir sind übrigens sehr im Zweifel, ob viele Leser mit M.'s Diagnose einverstanden sein werden. P. MC BRIDE.

128) **S. S. Kerh. Hysterische Aphonie. (Hysterical aphonie)** *Med. Century. 15. Februar 1894.*

Nichts Neues. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

129) **W. P. Porcher. Fälle von hysterischer Aphonie und Lähmung des Rachens und Gaumensegels. (Cases of hysterical aphonia and paralysis of the pharynx and velum.)** *North Carolina Med. Journal. Januar 1894.*

Der erste Fall betrifft einen Geistlichen, der in gewöhnlicher Conversation klar und leicht sprach, beim Versuch aber, seine Stimme lauter zu erheben, apho-

nisch wurde. Dieser Zustand hielt seit 4 Jahren an. Eine einmalige Application des Galvanocauters an einen vergrösserten Follikel des Rachens stellte die Stimme vollständig wieder her.

Der zweite Fall betrifft eine Frau, deren Stimme durch intralaryngeale Anwendung der Elektricität wieder hergestellt wurde. Die Aphonie kehrte öfter wieder, wurde aber immer wieder beseitigt.

Im dritten Falle bestand eine Lähmung des Rachens und Gaumensegels aus centralen Ursachen. Auch hier brachte Elektricität Besserung.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

130) **Herz** (Pilsen). **Ein seltener Fall von Aphasie.** *Wiener med. Wochenschr. 1894. No. 14.*

Die Aphasie entstand nach Hufschlag gegen die Magengegend; beinahe völlige Heilung in 6 Wochen. H. glaubt übrigens, dass trotz Fehlens von äusseren Verletzungen am Kopfe, doch durch den Fall in Folge des Hufschlages eine kleine Blutung in das Sprachcentrum stattgefunden habe. Es wird auch die Möglichkeit eines Reflexes ventilirt, der von den Vagusenden im Magen auf das Sprachcentrum ausstrahlte.

CHIARI.

131) **W. M. Ord** und **S. G. Shattock** (London). **Die linke Hemisphäre eines Falles von Aphasie. (The left hemisphere from a case of aphasia)** *British Medical Journal. 24. März 1894.*

Die Autoren berichteten am 20. März 1894 vor der Pathological Society of London über einen Fall von Aphasie, dessen Obduction einen Stützpunkt dafür abzugeben schien, dass die von Semon und Horsley beim Affen in der vorderen Portion des untersten Drittels der aufsteigenden Stirnwindung gefundene Region für die Phonation beim Menschen an derselben Stelle zu suchen sei. Das betreffende Präparat wurde demonstrirt. — Der Vortrag wird von Interessenten im Original, d. h. in den Verhandlungen der Pathological Society studirt werden müssen, da der Bericht im British Medical Journal speciell hinsichtlich der klinischen Geschichte manche Lücken aufweist.

SEMON.

132) **Joal. Die Gerüche und ihr Einfluss auf die Stimme. (Des odeurs et de leur influence sur la voix.)** *Revue de laryngologie. No. 2, 3, 4. 1894.*

In der sehr ausführlichen und lehrreichen Arbeit verbreitet sich der Verf. noch einer längeren geschichtlichen Einleitung über die zahlreichen Störungen, welche die Gerüche an dem Vibrations-, dem Resonations- und dem motorischen Apparat der Stimme hervorrufen können. Diese Störungen äussern sich besonders bei nervösen Personen. Cocainpinselungen oder -einpulverungen sind bei derartigen Zuständen dienlich.

E. J. MOURE.

133) **E. J. Moure. Der Einfluss der Oophorectomie auf die Stimme. (The influence of oopherectomy on the voice.)** *N. Y. Medical Journal. 2. Juni 1894.*

M. beobachtete bei zwei Frauen, die sich dieser Operation unterzogen hatten, ein Fester- und Gröberwerden der Stimme. Die einen von ihnen, die vordem einen Sopran gehabt hatte, verlor die hohen Töne und bekam fast eine Altstimme.

Laryngoskopisch liess sich keinerlei Abnormität an den Stimmorganen erkennen. M. wirft die Frage auf, ob eine derartige Veränderung der Stimme der Verlängerung der Stimmbänder oder einer stärkeren Entwicklung des Schädels zuzuschreiben ist.

LEFFERTS.

134) **H. Holbrook Curtis. Die Wirkung ungeeigneter Gesangsmethoden auf die Stimmbänder. (The effects on the vocal cords of improper method in singing.)** *N. Y. Med. Journal. 20. Januar 1894.*

C. hat die Beobachtung gemacht, dass gewisse Sänger ausgesprochene Eigenthümlichkeiten bezüglich der Stellung der freien Ränder der Stimmbändes darbieten. Die leicht elliptische Gestalt der Glottis, welche manche Gesangsschüler beim Anlauten der gewöhnlichen Töne, die man sie sagen lässt, um ein richtiges Bild vom Larynx zu gewinnen, erkennen liessen, führte den Verf. dazu, nachzuforschen, welche besondere Unterrichtsmethode es sei, die so zahlreichen Kehlköpfen ein so typisches Aussehen gebe. Es stellte sich bald heraus, dass alle diese Schüler gewohnt waren, ihre täglichen Uebungen fast ganz mit einem einzigen Vokal vorzunehmen und zwar mit dem Vokal „O“. Die Stimmbänder des Betreffenden erschienen streifig, häufig sah man an ihrem vorderen Ansatze eine congestionirte Stelle. Nicht selten konnte man ein mehr oder weniger umschriebenes Knötchen etwa in der Mitte des freien Randes an beiden Stimmbändern feststellen. Einen anderen Typus der Glottis beobachtete der Verf. bei den Schülern, welche nach der schädlichen französischen Methode, dem sogn. Glottis-Schlag (Coup de glotte) unterrichtet wurden. Bei diesen war das mittlere Drittel der Stimmbänder leicht vorgebaucht, die Stimmbänder zeigten eine Convexität im Gegensatz zu der Concavität der Bänder bei der ersten Gruppe. Diese Schüler hatten hauptsächlich den Vocal „A“ gesungen, ausgesprochen als ah; bei jeder Note schlagen die mittleren Partien beider Stimmbänder aneinander, wodurch sie schliesslich hart und callös werden. Gewöhnlich besteht bei diesem Typus keine Congestion, sondern die Stimmbänder sehen glänzend und in jeder Weise normal aus.

Diese beiden Bilder der Glottis hat C. fast täglich beobachten können und daran anknüpfend hat er Untersuchungen über die Methoden der verschiedenen Gesangsschulen angestellt. Der vorliegende Artikel enthält die Resultate derselben und giebt sehr wesentliche Rathschläge für Gesangsschüler, die wir auf die Lektüre des Originals verweisen.

LEFFERTS.

135) **M. W. Pynappel** (Amsterdam). **Die Aussprache der niederländischen Sprache und die Hygiene der Stimme. (Die uitspraak der Nederlandsche taal en de hygiene der stem.)** *Geneesk. Courant. 15. April 1894. No. 15.*

136) **J. Th. Cattie** (Arnhem). **Idem.** *Geneesk. Courant. 6. Mai 1894. No. 18.*

137) **M. W. Pynappel. Antwort.** Ibid.

Bericht von P. über einen Vortrag des Fräuleins Speet. Polemisches.

H. BURGER.

138) **Treitel. Ein Fall von Sigmatismus nasalis.** *Deutsche med. Wochenschr. 1894. No. 28, 34.*

Bei der 28jährigen Dame war nur die Ansspräche des S und Sch ge-

stört. Da alle Organe normal waren, hält Treitel den Defect für psychisch bedingt. LANDGRAF.

139) **John Wyllie** (Edinburg). **Aphasie in Beziehung zu organischen Hirnkrankkrankheiten. (Aphasia in relation to organic diseases of the brain.)** *Edinburgh Med. Journal. Januar 1894.*

Eine Fortsetzung der im vorigen Jahre begonnenen grösseren Reihe von Artikeln, die der Autor hoffentlich in Buchform vereinigen wird.

P. MC BRIDE.

140) **John Wyllie** (Edinburgh). **Sprachstörungen. (The disorders of speech.)** *Edinburgh Med. Journal. Februar 1894.*

Die nächste Fortsetzung obiger Artikelreihe; von hauptsächlich neurologischem Interesse. P. MC BRIDE.

141) **John Wyllie** (Edinburgh). **Die Sprachstörungen; Aphasie und andere Störungen der Sprache in ihrer Beziehung zu destruirenden organischen Affectionen und functionellen Störungen der Hirnrinde. (The disorders of speech; Aphasia and other disturbances of speech in relation to evanescent organic affections and functional disorders of the cerebral cortex.)** *Edinburgh Med. Journal. März 1894.*

Weitere Fortsetzung. P. MC BRIDE.

142) **John Wyllie** (Edinburgh). **Sprachstörungen. (The disorders of speech.)** *Edinburgh Med. Journal. April 1894.*

Auch diese Fortsetzung bietet vom laryngologischen Standpunkt aus nichts Erwähnenswerthes. P. MC BRIDE.

143) **John Wyllie** (Edinburgh). **Die Störungen der Sprache. (The disorders of speech.)** *Edinburgh Med. Journal. Mai 1894.*

In diesem Schlussartikel erörtert Verf. die verschiedenen neurologischen Fragen, die zur Zeit für den Laryngologen von Interesse sind. Dabei giebt W. einen vollständigen Ueberblick über die vorhandene Literatur und hebt auch seine früheren Beobachtungen über die Klappenthätigkeit der falschen Stimmbänder wieder hervor. Dieser Theil der Arbeit dürfte jeden Laryngologen ausserordentlich interessiren. P. MC BRIDE.

144) **Söder** (Hamburg). **Aus dem Jahresbericht des „Vereins zur Heilung stotternder Volksschüler" in Hamburg.** *Mediz.-pädag. Monatsschr. f. d. ges. Sprachheilk. No. 7. 1894.*

Im verflossenen Arbeitsjahre wurden von 7 Lehrern 14 Heilkurse abgehalten, die von 160 Schülern besucht wurden. Die von Pfluder vorgenommene ärztliche Untersuchung ergab, dass bei circa 30 pCt. der Kinder Hypertrophien der Rachenmandel resp. adenoide Vegetationen gefunden wurden. SEIFERT.

145) **Kayser** (Breslau). **Bericht über die ärztliche Untersuchung der an den städtischen Stotterkursen zu Breslau theilnehmenden Schulkinder im Winterhalbjahr 1893/94.** *Mediz.-pädagog. Monatsschr. f. d. ges. Sprachheilk. No. 7. 1894.*

Die Gesammtzahl der Untersuchten betrug 98 Schüler (73 m. 25 w.). K. stellte den Grad und die Art des Sprachübels fest, sowie die Ursachen des Stotterübels. In 13 Fällen waren die Gaumenmandeln, in 16 Fällen die Rachenmandel erheblich vergrössert, in 30 Fällen war die Vergrösserung nur eine mässige, in 28 Fällen nur geringe Erholungen zu constatiren und in 14 Fällen vollkommen normale Verhältnisse. In manchen Fällen ist ein gewisser Zusammenhang des Sprachübels mit organischen Veränderungen in Nase und Rachen nicht zu verkennen und für solche Fälle eine Behandlung vor Beginn des Stotterkurse wünschenswerth. SEIFERT.

146) **Fischer** (Breslau). **Die Fürsorge für stotternde Schüler in Breslau.** *Med.-pädag. Monatsschr. f. d. ges. Sprachheilk. No. 7. 1894.*

Im Schuljahre 1893/94 wurden Heilkurse für stotternde Kinder in Breslau abgehalten und ein Kursus speciell für Schüler höherer Lehranstalten bestimmt. Bei der unterrichtlichen Behandlung fand der in dem Gutzmann'schen Uebungsbuche enthaltene methodische Gang Anwendung. SEIFERT.

147) **Heymann** (Kolmar). **Ueber das Stottern.** *Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilkunde. V. Bd. 2 und 3. 1894.*

Die Darstellung der Aetiologie, der Symptomatologie, der Pathologie, Prognose und Therapie begreift das idiopathische Stottern, nicht das symptomatische Stottern, das gewisse Krankheitsprocesse, namentlich Rückenmarksaffection begleiten soll. SEIFRET.

148) **Harrison Allen. Sprechen ohne Kehlkopf. (Speech without a larynx.)** *Phil. Med. News. 17. März 1894.*

Der Patient spricht ohne Kehlkopf. Die Operation wurde von Dr. J. Solis-Cohen im Jefferson College Hospital am 1. April 1892 ausgeführt u. z. wurde der erste Trachealring mit dem gesammten Kehlkopf exstirpirt — nur der freie Theil der Epiglottis blieb zurück. Der zweite Trachealring wurde vorn am Halse in der Haut eingenäht.

Nach der Operation war der Patient fast 1 Jahr stumm; dann kehrte die Sprache zurück. Die Stimme erscheint als echte Stimme, nicht als Flüstern; sie ist dünn, etwas scharf und schwach, doch nach Cohen's Schätzung auf 40 Fuss hörbar. Man hört coincidirend mit der Sprache schnaufende Geräusche entweichender Luft von der Lunge her. Die Stimme ist ziemlich gut modulirt und auch eines gewissen Ausdrucks fähig. Der Patient singt auch und wenn sein Lied auch gerade nicht musikalisch klingt, so ist doch der Unterschied zwischen dem Ton beim Singen und bei dem gewöhnlichen Sprechen recht evident.

Verf. sucht die Bildung der Stimme in diesem ungewöhnlichen Falle zu erklären; er ergeht sich dazu in langen und technischen Ausführungen, die im Ori-

ginal nachgelesen werden mögen, da sie nur in Verbindung mit der anatomischen Schilderung, die der Verf. von dem gegenwärtigen Zustand des Patienten giebt, verständlich sind. Vieles drängt zu der Annahme, dass in der Gegend des früheren Larynx ein Resonationsraum zufällig sich gebildet hatte und dass der Patient mit einer von Natur flüsternden, aber durch die Luft dieses Sackes verstärkten Stimme sprach.

LEFFERTS.

149) **Cohen Ein Fall von modulationsfähiger Stimme ohne künstliche Nachhilfe bei einem Patienten, dem der Kehlkopf und der oberste Trachealring entfernt sind und der ohne Canüle athmet. (Case of well modulated voice without artificial appliance in a patient from whom the larynx and first tracheal ring have been removed and in whom respiration is maintained without a canula)** *Trans. Coll. Physicians Phil. XV. 191.*

Nicht zugänglich.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

150) **J. Solis-Cohen. Ein Fall von gut modulationsfähiger Stimme ohne jegliche künstliche Vorrichtung bei einem Patienten, dem der Kehlkopf und der erste Trachealring entfernt werden musste und der ohne Canüle athmet.** *Arch. f. Laryngol. u. Rhinol. Bd. I. H. 3. 1894.*

Vergl. die beiden vorangehenden Referate sowie Centralblatt X, Heft 9, S. 470.

F. KLEMPERER.

f. Schilddrüse.

151) **H. Zwaardemaker** (Utrecht). **Die Function der Schilddrüse. Literaturübersicht. (De functie der schildklier, literatuuroverzicht.)** *Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. 1894. I. No. 13. S. 441.*

Ausführliche, auf eingehende Literaturstudien sich stützende Besprechung des heutigen Standes der Thyroïdfrage.

H. BURGER.

152) **Hürthle** (Breslau). **Ueber den Secretionsvorgang in der Schilddrüse.** *Deutsche med. Wochenschr. 1894. No. 12.*

Die Ansicht, dass in der Schilddrüse ein specifischer Stoff erzeugt werde, welcher für die dauernde Erhaltung des Lebens unentbehrlich ist, ist die bestgestützte. Der chemische Nachweis dieses Stoffes steht noch aus. Die Schilddrüse gehört zu den Drüsen ohne Ausführungsgang. Blut- und Lymphgefässe sowie Nerven verbinden sie mit dem Körper. Die wesentlichen Bestandtheile der Drüse, Epithelzellen, bilden die Wand allseitig geschlossener Bläschen, Follikel, welche von der sogenannten Colloidsubstanz erfüllt sind. Die zwischen den Follikeln bleibenden Räume sind mit Endothel ausgekleidet und daher als Lymphspalten zu betrachten. Lassen sich nun an den Epithelzellen Veränderungen nachweisen, welche dafür sprechen, dass dieselben einen specifischen Stoff erzeugen? Auf welchem Wege gelangt dieser in den Körper? Die erste Frage wird bejaht, die

zweite Frage offen gelassen, doch mit Wahrscheinlichkeit dahin beantwortet, dass die Colloidsubstanz in der Drüse in die Blutgefässe übergeht. LANDGRAF.

153) **Masoin. Die Giftigkeit des Urins nach der Thyreidectomie. (Toxicity of the urine after thyroidectomy.)** *N. Y. Med. Record. 24. Februar 1894.*

M. schliesst aus einer grösseren Reihe von Versuchen in Uebereinstimmung mit Dr. Gley, dass die Toxicität des Urins nach der Thyroidectomie erhöht ist. Bekommt das Versuchsthier epileptiforme Anfälle, so wächst der Giftigkeitsgrad noch während der Dauer derselben. Eine ausschliessliche Milchdiät beeinflusst die Toxicität der thyroidectomirten Thiere in keiner Weise. Gley sieht in diesen Thatsachen einen Hinweis darauf, dass die Function der Schilddrüse eine excretorische ist, dass dieselbe aus dem Blute gewisse Substanzen abscheidet, welche nach Entfernung der Drüse auf anderen Wegen ausgeschieden werden müssen.

LEFFERTS.

154) **L. Rehn** (Frankfurt a. M.). **Ueber Morbus Basedowii.** *Deutsche medicin. Wochenschr. 1894. No. 12.*

R. hat schon 1883 darauf hingewiesen, dass neben den ausgeprägten Fällen auch unvollständige vorkommen, wie 1890 von Marie und Charcot besonders betont ist, und dass diese unvollständigen Formen ebenso wie die ausgebildeten von der Schilddrüse aus hervorgerufen werden und durch Operation zu beseitigen sind. Der Morbus Basedowii beruht auf einer krankhaften Thätigkeit der Schilddrüse. Es handelt sich um eine Intoxication, die von den leichtesten bis zu den schwersten Stufen vorkommt. Das in der Schilddrüse gebildete Gift ist ein schweres Nervengift. Die alte Sympathicustheorie ist definitiv gefallen. Die Meinung, dass der Sitz der Erkrankung die Medulla oblongata sei, stützt sich nicht auf constant nachweisbare Veränderungen. Möglich, dass das in der Schilddrüse producirte Gift besonders die Medulla schädigt. Jedenfalls soll, sobald sich ein Fortschreiten der Krankheit bemerklich macht namentlich in rascherem Tempo, chirurgische Hülfe in Anspruch genommen werden. LANDGRAF.

155) **A. Eulenburg. Basedow'sche Krankheit und Schilddrüse.** *Deutsche med. Wochenschr. 1894. No. 40.*

E. erinnert an die früheren Versuche, den Symptomencomplex der Basedow-schen Krankheit aus mechanischen Einwirkungen der vergrösserten Drüse zu erklären, ein Versuch, der jetzt ganz verlassen sei, und wendet sich dann zu der chemisch-toxischen Schilddrüsentheorie. Unter eingehender Berücksichtigung der neueren Literatur entwickelt E. eine, wie er selbst sagt, vorläufige hypothetische Vorstellung in Betreff der veränderten und pathogen wirkenden Schilddrüsenfunction bei der Basedow'schen Krankheit, die er in folgenden 4 Sätzen zusammenfasst:

1. Die Schilddrüse verändert bei ihrer normalen Function die chemische Blutbeschaffenheit in eigenartiger Weise und zwar geschieht dies durch Bildung und Absonderung eines specifischen Stoffes, der von den gereizten Follikelzellen producirt und theils durch Zellschmelzung und Berstung der Follikel in die interfolliculären Lymphräume (Biondi, Langendorff) — theils auch

(Hürthle) in die je nach Bedürfniss sich bildenden und erweiternden Intercellularspalten entleert und im Normalzustande jedenfalls vorzugsweise durch die ausführenden Lymphgefässe der Drüse abgeführt wird. Als adaequater Reiz für diese Secretbildung in der Drüse ist nicht der Nervenreiz, sondern wesentlich eine bestimmte Zusammensetzung des Blutes zu betrachten (Hürthle).

2. Bei der Basedow'schen Krankheit ist eine progressiv gesteigerte Secretionsthätigkeit der Drüse, möglicherweise verbunden mit einer noch unbekannten qualitativen Veränderung (erhöhten Toxicität) des von ihr gelieferten Secrets anzunehmen, wodurch das letztere in specifischer Weise pathogen wirkt. Während die erhöhte Secretbildung durch den qualitativ und quantitativ veränderten Blutreiz (s. u.) wahrscheinlich gemacht wird, können zu Gunsten einer veränderten Beschaffenheit (erhöhten Toxicität) des Secrets wenigstens die — allerdings noch unzulänglichen — Befunde über veränderte Harnbeschaffenheit, namentlich über den Nachweis verschiedener Ptomaine im Harn des Basedow'schen Kranken (Chevalier, Brinet, Gilbert) angeführt werden. Nicht unwahrscheinlich ist es endlich, dass mit der qualitativen und quantitativen Veränderung der Secretion auch eine veränderte Abführung des Secrets aus der Drüse insofern einhergeht, als dabei verhältnissmässig grössere Mengen desselben durch Venenresorption directer in die Blutmasse übergeführt und zu unbehinderterer pathogener Wirkung gebracht werden. Die Renaut'schen Befunde, die eine Beeinträchtigung und Verlegung der Lymphwege auf Grund chronischer Bindegewebsentzündung ergeben, lassen sich — im Verein mit den Hürthle'schen Untersuchungen — in diesem Sinne verwerthen.

3. Der die gesteigerte und qualitativ anomale Secretion auslösende pathologische Reiz ist dabei einerseits in der mehr weniger gesteigerten arteriellen Congestion und Blutüberfüllung der Drüse — andererseits auch in den häufig voraufgehenden und begleitenden Abnormitäten der Blutbeschaffenheit bei den Basedow'schen Kranken zu suchen. In dieser Beziehung ist, was das symptomatisch-klinische Verhalten betrifft, an das constante und fast als pathognomonisch zu bezeichnende Vorkommen von Gefässgeräuschen, namentlich arteriellen Geräuschen, über der Drüse — an die schon den ältesten Autoren nicht entgangene Verbindung mit Anämie und Chloranämie — an das nicht seltene Vorkommen von Icterus, schweren Störungen der Verdauung und des Gesammtstoffwechsels — an die Entwicklung des Leidens nach voraufgegangenen schwächenden acuten Krankheiten, Traumen, schweren psychischen Erschütterungen u. s. w. zu erinnern.

4. Mit den hier entwickelten Anschauungen stehen auch die therapeutischen Erfahrungen insofern im Einklang, als die eine wesentliche Besserung oder Heilung der Basedow'schen Krankheit herbeiführenden Behandlungsmethoden entweder vorzugsweise durch eine Hebung und Regulirung der Blutbeschaffenheit, der Circulation und Ernährung durch allgemeine Tonisirung, somit auf dem Wege der Normalisirung des anstossenden pathologischen Reizes (Blutreizes) ihren Einfluss üben — oder aber, wie die operativen Verfahren, darauf abzielen, die für den Organismus schädigenden Reizwirkungen, die Folgezustände der unter abnormen Bedingungen vor sich gehenden Drüsenfunction, durch Einschränkung

und partielle Ausserkraftsetzung dieser Function, durch Verringerung der secernirenden Fläche, in möglichst weitem Umfange zu eliminiren. LANDGRAF.

156) **F. S. Johnson. Basedow'sche Krankheit. (Exophthalmic goitre.)** *Trans. Illinois M. Soc. Vol. XLIII. p. 193.*

Nichts Bemerkenswerthes. W. J SWIFT (LEFFERTS).

157) **R. L. Mac Adam. Basedow'sche Krankheit als Folge von Influenza; der Heileffect von Strophantus und die Wirkung excessiver Dosen von Schilddrüsenextract. (Exophthalmic goitre as a sequel of influenza; strophantus as a remedy and the effects of overdoses of thyreoid extract.)** *N. Y. Med. Journ. 10. Februar 1894.*

In einer Sitzung des Victorian Branch der Brit. Med. Assoc. vom 15. November 1893 beschrieb Mac Adam einen Fall von Morb. Basedowii bei einem 16jährigen Mädchen, der die Folge eines Influenzaanfalls zu sein schien; ein Bericht über die Sitzung findet sich in der December-Nummer des Australian Med. Journal. LEFFERTS.

158) **Stockmann** (Königsberg). **Beitrag zur operativen Behandlung der Basedow'schen Krankheit.** *Deutsche med. Wochenschr. 1894. No. 6.*

Bei einem 26jährigen Mädchen mit allen Erscheinungen der Basedow'schen Krankheit machte St. zunächst die Unterbindung der oberen Schilddrüsenarterien, später die der unteren und schliesslich die linksseitige Strumectomie.

Sehr bedeutende Besserung mit Gewichtszunahme von 21. Pfund. Zurückgeblieben sind geringer Exophthalmus, Strabismus und Herzerscheinungen.

LANDGRAF.

159) **J. A. Booth, R. S. Newton. Basedow'sche Krankheit und Thyreoidectomie. (Exophthalmic goitre; thyreoidectomy.)** *N. Y. Medical Journal. 24. März 1894.*

Bericht über zwei Fälle, die beide durch die Operation erheblich gebessert wurden. LEFFERTS.

g. Oesophagus.

160) **v. Hacker** (Wien). **Extraction eines 2 cm langen und 2 cm breiten Knochenstückes aus dem Oesophagus (Höhe der oberen Thoraxapertur) auf endooesophagealem Wege. Heilung.** Demonstration in d. Gesellsch. d. Aerzte in Wien am 18. Mai 1894. — *Wiener klin. Wochenschr. 1894. No. 21.*

v. H. betont die Wichtigkeit der Oesophagoskopie und erwähnt, dass er schon viele Fremdkörper, als Knochenstücke, Zahnersatzstücke, Fruchtkerne etc. in dieser Weise entfernte. CHIARI.

161) **Wallace. Oesophagotomie und Gastrotomie zur Entfernung eines Gebisses mit fünf künstlichen Zähnen aus dem Oesophagus. (Oesophagotomy and gastrotomy for the removal of a denture with five artificial teeth from the oesophagus.)** *Lancet. 24. März 1894.*

Mit Hilfe eines Münzenfängers liess sich nicht ohne Schwierigkeit feststellen, dass die Zahnplatte in der Mitte zwischen Manubrium sterni und Magen fest im Oesophagus eingeklemmt lag. Es wurde die Oesophagotomie gemacht, doch gelang die Entfernung des Fremdkörpers auf diesem Wege nicht. Dann wurde nach Eröffnung des Abdomens der Magen im rechten Winkel zur grossen Curvatur und soweit, dass man eine Hand einführen konnte, incidirt. Von hier aus glückte die Extraction des Gebisses. 5 Tage lang wurde der Patient durch Klystiere ernährt, dann durch eine Sonde vom Munde aus. 8 Tage nach der Operation traten 4 Tage lang leichte Delirien auf, doch erholte sich Patient bald und kam zu vollständiger Heilung.

ADOLPH BRONNER.

162) **Marckwald** (Halle). **Ein Fall von Atresia oesophagi, duodeni, recti congenita.** *Münchner med. Wochenschr. No. 14. 1894.*

Pat. 4 Tage alt, war operirt worden, starb aber bald. Bei der Section zeigten sich die im Titel erwähnten Veränderungen; der Oesophagus zerfällt in zwei Theile, die untereinander in keinerlei Zusammenhang stehen, zwischen denen vielmehr ein schmales Bündel Bindegewebe die einzige Brücke bildet. Der obere Theil des Oesophagus ist stark erweitert.

SCHECH.

163) **L. Wolff. Zwei Fälle von Ruptur des Oesophagus. (2 cases of rupture of the oesophagus.)** *Phil. Med. News. 12. Mai 1894.*

Die Autopsie ergab in

Fall I: Links an dem cardialen Ende des Oesophagus gerade vor dem Diaphragma ein länglicher Riss von etwa 1 Zoll Länge. Der in die Oeffnung eingeführte Finger drang in den Magen und bei Druck auf den Magen floss Flüssigkeit aus diesem durch den Spalt in die Pleurahöhle. An der Magen- wie an der Oesophagusschleimhaut fand sich nichts Abnormes; nirgends eine Ulceration, nur eine kleine, etwa $1/4$ Zoll im Durchmesser haltende Stelle gerade gegenüber der Ruptur schien von Epithel entblösst zu sein. Als Erklärung für diese Abnormität muss eine ante- oder postmortale Maceration durch den Contact mit dem Mageninhalt angesehen werden.

Fall II: Ein Aneurysma des aufsteigenden Aortenbogens, entsprechend der Stelle der intra vitam sichtbaren Pulsation, in dem weiche Gerinnsel sich fanden. Der querverlaufende Theil des Bogens schien nur wenig dilatirt. Im oberen Theil des absteigenden Astes ein zweites Aneurysma, auch dieses gefüllt mit weichen Gerinnseln und mit einer Oeffnung in den Oesophagus versehen. Der dilatirte Magen lag an seiner richtigen Stelle, er enthielt einen grossen Blutklumpen, der ihn ganz ausfüllte.

LEFFERTS.

164) **G. Klemperer. Verengerung der Speiseröhre mit Divertikelbildung oberhalb derselben.** *Deutsche med. Wochenschr. 1894. No. 11.*

Vorstellung des Patienten.

LANDGRAF.

165) **Roux** (Lausanne). **Narbige Speiseröhrenverengerung. Temporäre Gastrotomie. Umgekehrte Katheterisirung. Heilung.** *Revue méd. de la Suisse rom. H. 9. 1894.*

Ein wesentlich chirurgischer Fall. Selbstmordversuch durch Trunk von Salpetersäure. Folgende Operation und consequente Sondenbehandlung vom Magen aus. Schliesslich Verschluss der Magenfistel und Selbstsondirung des Patienten vom Mund aus. Endlich Heilung aller Schluck- und Magenbeschwerden.

JONQUIÈRE.

166) **Howard Lilienthal. Eine differentialdiagnostische Untersuchungsmethode für Oesophagusstricturen; mit 2 Krankengeschichten. (A method of differential diagnosis in stricture of the oesophagus, with report of two cases.)** *N. Y. Med. Journal. 21. April 1894.*

Der Verf. beschreibt die Methode folgendermaassen: Um mich zu vergewissern, dass wirklich eine Oesophagusstrictur vorlag und um die Möglichkeit eines Divertikels mit kleiner Oeffnung, in die meine Sonde hineingerathen sein könnte, und ebenso auch die Regurgitation aus dem Magen selbst auszuschliessen, wandte ich folgende Methode an: Ich liess den Pat. 6 Stunden keine Nahrung nehmen und führte dann unter Schwierigkeiten die französische No. 11 Sonde ein. Durch diese wurden mittelst einer Handspritze 100 ccm Wasser, die mit Methylviolett dunkel gefärbt waren, injicirt und unmittelbar danach 100 ccm klaren Wassers. Darauf wurde die Sonde herausgezogen. Der Patient musste jetzt ein Glas Wasser trinken und gleich darauf mit herabhängendem Kopfe sich bemühen, dieses wiederzugeben. Das Wasser kam absolut ungefärbt zum Vorschein. Darauf trank der Pat. ein Glas leichtgefärbten Wassers und auch dieses kam ohne Farbenveränderung wieder. LEFFERTS.

167) **v. Hacker** (Wien). **Demonstration eines Knaben, der von einer sogenannten impermeablen Narbenstrictur des untersten Theiles der Speiseröhre durch temporäre Gastrotomie, Oesophagotomie und Sondirung ohne Ende soweit hergestellt wurde, dass die stärksten Bougies passiren. Die Magenfistel wurde 8 Monate getragen und durch ein Drainrohr sufficient abgeschlossen.** Gesellschaft der Aerzte am 18. Mai 1894. — *Wiener klinische Wochenschrift. 1894. No. 21.*

v. H. legte die Fistel nach seiner Methode im linken Musc. rectus abdominis an. Die Sondirung ohne Ende wird mit Hilfe von ausgezogenen, über einen Fischbeinstab gesteckten Drainröhren ausgeführt und hat sich Hacker sowohl im Oesophagus, als auch in Urethra, Rectum, Larynx, Trachea und Nase sehr gut bewährt. CHIARI.

168) **Kendal Franks** (Dublin). **Fibröse Strictur des Oesophagus, behandelt mittelst Gastrotomie und Dilatation von unten her. (Fibrous stricture of the oesophagus treated by gastrotomy and dilatation from below.)** *Dublin Journ. of Med. Scienc. Mai 1894.*

Zuerst wurde die Gastrotomie ausgeführt, darauf die Strictur mittelst des Otis'schen dilatirenden Urethrotoms erweitert; der Sitz der Verengerung war

3 Zoll von der Cardia entfernt. Dann wurde vom Munde aus eine Sonde eingeführt und mit derselben Fäden und Gaze durch die stricturirte Partie gezogen. In der Folge wurde die Magenwunde geschlossen und die Strictur von oben her mittelst Dilatation und Electrolyse weiterbehandelt. Die Pat. wurde vollständig und ohne störenden Zwischenfall wiederhergestellt. Die 24jährige Person wog vor der Operation nur 77 Pfund, 18 Monate nach derselben 119.

Zur Discussion über den Fall sprachen Sir W. Stokes, ferner Myles, Nixon, Tobin und Wheeler. Der erstgenannte dachte an die Möglichkeit, dass es sich um eine spasmodische Strictur gehandelt haben könne; der Verf. aber erklärte, dass die Pat. auch während der Narkose sorgfältig untersucht worden sei.

P. MC BRIDE.

168) **W. J. Mayo. Ein Fall von Oesophagusstrictur mit Spaltung und Dilatation nach der Gastrotomie und Oesophagotomie, als Zeugniss für den Werth der Abbe'schen Spaltungsmethode. (Stricture of the oesophagus, division and dilatation after gastrotomy and oesophagotomy. Testimony as to the value of Abbe's string method of division.)** *N. Y. Med. Journal. 7. April 1894.*

Der Inhalt der Arbeit wird aus der Ueberschrift zur Genüge klar.

LEFFERTS.

170) **A. Tietze. Zur Therapie der narbigen Speiseröhrenverengerungen** *Deutsche med. Wochenschr. 1894. No. 16 und 17.*

Erörterung der Indicationen zur Gastrostomie und Oesophagotomie, sowie der Behandlung mittelst continuirlicher Dilatation des Oesophagus durch Drainröhren an Hand von 5 auf der Breslauer chirurgischen Klinik behandelter Fälle.

LANDGRAF.

171) **Zeller** (Berlin). **Ein Fall von Oesophagotomie.** *Deutsche med. Wochenschrift. 1894. No. 8.*

Die Operation wurde vorgenommen wegen eines in Höhe des Ringknorpels sitzenden den Oesophagus verschliessenden Carcinoms. Erfolg günstig. Patient trägt eine Canüle, in welche er die gekauten Speisen einfüllt. LANDGRAF

172) **E. Reichmann** (Elberfeld). **Weiteres über meine Sonde zur Behandlung von Oesophagusstenosen.** *Deutsche med. Wochenschr. 1894. No. 15.*

Polemik gegen Schreiber. LANDGRAF.

173) **Albers. Canüle für Oesophagusfistel.** *Berliner klin. Wochenschrift. 1894. No. 22.*

Bei einem Kranken war wegen hochsitzenden Oesophaguscarcinoms eine Fistel angelegt. Für diese Fistel, die Neigung zur Verengung zeigte, wurde eine silberne Canüle nach Art der Tracheotomiecanülen angefertigt. LANDGRAF.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

66. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Wien.

XXIX. Section: Laryngologie und Rhinologie.

Einführender: Prof. Störk.
Schriftführer: Prof. O. Chiari und Dr. J. Koschier.

I. Sitzung, den 24. September 1893 um 3 Uhr Nachmittags im laryngologischen Hörsaale.

Der Einführende, Prof. Störk, begrüsst die Anwesenden und schlägt Docenten Dr. Onodi (Pest), Docenten Dr. Paul Heymann (Berlin), Dr. Victor Lange (Kopenhagen), Prof. Pieniazek (Krakau), Dr. Bresgen (Frankfurt a. M), Prof. Dr. Wagner (San Francisco) und Prof. Dr. Juffinger (Innsbruck) als Vorsitzende der einzelnen Sitzungen vor. Angenommen.

Zunächst hält Bresgen seinen Vortrag: „Die Anwendung der Electrolyse bei Verkrümmungen und Verdickungen der Nasenscheidewand, sowie bei Schwellungen der Nasenschleimhaut“.

Bresgen wendet die Electrolyse nur an: 1. in solchen Fällen, in denen nicht rasch vorgegangen werden kann, z. B. bei zarten Personen, und 2. wenn ausdrücklich eine eingreifende Behandlung verbeten wird. Die Procedur ist absolut schmerzlos, Nachwehen sind sehr gering, aber der Effect ein langsamer. Die Electrolyse hat daher nur beschränkte Anwendung.

In der Discussion erklären Hajek, Störk, Heymann und Chiari die Electrolyse als sehr langsame und durchaus nicht immer schmerzlose Methode, welche allen anderen sehr nachsteht. Bresgen betont nochmals, dass er sie nur anwende in den oben erwähnten zwei Fällen, dass er sie aber immer schmerzlos machen könne durch Anwendung des Cocains in einer jedem Falle angepassten Weise.

Docent Dr. Grossmann: „Ueber die laryngealen Erscheinungen bei einem in der Brusthöhle sich entwickelnden Aneurysma“:

„Er stellt auf Grund klinischer Erfahrung und physiologischer Betrachtung die Behauptung auf, dass eine mit einem Erstickungsanfalle eingeleitete und in relativ kurzer Zeit wieder verschwindende Stimmbandlähmung als ein charakteristischer Vorbote eines in der Nähe der Nn. laryngei infer. sich entwickelnden Aneurysmas zu gelten hat.“

Pieniazek, Mahl, Hajek, Onodi und Roth betonen in der Discussion, dass die Ursache der Dyspnoë, Suffocationsanfälle und Paralysis cordae sehr verschiedene sein können.

Störk berichtet über einen Fall von rheumatischen Muskelzusammenziehungen im Larynx, gleichzeitig mit ähnlichen Erscheinungen an verschiedenen Skeletmuskeln, der ein Unicum bilde.

II. Sitzung, den 25. October, 9 Uhr Morgens.

Onodi erstattet im Anschlusse an die auf dem XI. internationalen medicinischen Congresse in Rom vorgetragenenen Ergebnisse seiner Versuche an Hunden Bericht über weitere Experimente und deren Resultate in Bezug auf:

„Die Phonationscentren im Gehirn."

Die Existenz des von Krause bezeichneten Rindencentrums constatirte Onodi ebenso wie Semon-Horsley und Masini. Die Angabe Masini's, dass die Reizung des einen Rindencentrums mit schwachen Strömen, Näherung des Stimmbandes der entgegengesetzten Seite bewirkt, konnte Onodi nicht constatiren, ebensowenig wie Semon. Durch quere Durchtrennungen des Gehirnstammes ist es Onodi gelungen, ein Gebiet zu eruiren, dessen Erhaltenbleiben die Phonation und die Adduction noch ermöglicht und welches sammt den hinteren Vierhügeln am obersten Theile des vierten Ventrikels 8 mm lang ist. Die obere Grenzlinie dieses Gebietes ist die die vorderen Vierhügel von den hinteren trennende Querfurche, die untere Grenzlinie eine von dieser Furche nach unten und hinten 8 mm liegende quere Ebene. Das Intactbleiben dieses Gebietes ermöglicht Phonation und Adduction, wenn auch oberhalb desselben jede Verbindung mit dem Gehirn und den Gehirnganglien durchschnitten ist; vice versa hört Phonation und Adduction auf, wenn der Zusammenhang dieses Gebietes nach unten zu unterbrochen wird.

Bei der Discussion erwähnt Dr. Réthi (Wien), dass sich das Centrum der coordinirten Kau- und Schluckbewegungen ähnlich wie das Phonationscentrum verhält.

Grossmann erinnert, dass die Versuche Onodi's, bei denen er die Medulla oblongata in verschiedenen Höhen durchschnitt, in der Anordnung und in den Resultaten mit den analogen Versuchen Grossmann's sich decken.

Onodi anerkennt diesen Umstand als bekannte Thatsache, welche ohnedies in der ausführlichen Publication gebührend gewürdigt ist.

Onodi: „Das Verhältniss des Accessorius zur Kehlkopfinnervation":

Die an Kaninchen und Hunden in grosser Zahl vorgenommene Ausreissung des Accessorius am Halse und innerhalb der Schädelhöhle ergaben im Kehlkopfe keinerlei Veränderungen in den bekannten Bewegungen der Stimmbänder. Die Obduction bestätigte die vollständige Exstirpation des Accessorius. Die Durchschneidung des Accessorius spinalis, sowie die elektrische Reizung desselben ergab ebenfalls negatives Resultat.

Bei der Discussion sagt Grossmann, dass Onodi durch seine Experimente zu denselben Resultaten gelangt sei, wie er selbst. Ob der Vagus oder Accessorius der motorische Nerv des Kehlkopfes sei, liesse sich erst durch neuere Experimente feststellen. Es handle sich darum, den Vagus- und Accessoriuskern genau abzugrenzen oder die seitlich von der Med. obl. abgehenden Wurzelbündel genau zu classificiren.

Réthi dagegen schliesst nach seinen Versuchen den Accessorius von der motorischen Innervation des Kehlkopfes und des Rachens aus.

Onodi erwartet Aufklärung von der klinischen und pathologisch-anatomischen Untersuchung.

Dr. E. Baumgarten (Budapest) spricht „Ueber Eiterungen der Siebbeinzellen“:

Baumgarten unterscheidet folgende Formen der ziemlich häufigen chronischen Eiterung der Siebbeinzellen: 1. Einfache Caries und Nekrose des Siebbeinknochens, 2. Caries und Nekrose mit Eitersackbildung, 3. mit Polypenbildung, 4. mit ossificirender Tendenz. Lues war oft, Tuberculose, Typhus, Scharlach und Influenza in vereinzelten Fällen als Ursache anzunehmen. Therapie bestand in Auskratzung, Entfernung alles Krankhaften und Jodoformgazetamponade.

Zur Discussion bemerkt M. Hajek, dass er glaubt, dass Siebbeinerkrankungen nicht häufig sind, und dass man vielfach mit der Diagnose Caries zu leicht bei der Hand sei. Namentlich sprächen die pathologisch-anatomischen Untersuchungen dagegen. Réthi und Roth schliessen sich grösstentheils Hajek's Ansicht an; Dr Weil (Wien) findet dagegen solche Fälle häufiger; ihre Diagnose sei leicht, da der Nachweis von Eiter und rauhem Knochen genüge.

Chiari betont, dass man das Gefühl von rauhem Knochen in der Nase auch bei vorsichtigem Sondiren ganz gesunder Siebbeinknochen bekommen könne; bei Exstirpation von Polypen werde oft ein Knochenplättchen abgelöst und an dieser Stelle fühle sich dann der Knochen rauh an. Es sei daher grosse Vorsicht in der Diagnose nöthig.

Weil erwidert, dass er diese beiden Umstände immer berücksichtigt habe.

Dr. Thost (Hamburg) spricht „Ueber seltene Formen von Larynxtuberculose“.

Er erörtert die Verhältnisse, unter denen eine Infektion des Larynx stattfinden kann, und unterscheidet zwischen hereditärer und erworbener Tuberculose. Im Darme finden sich ähnliche Verhältnisse. Zuletzt demonstrirt er Bilder von 1. einem spontan verheilten, solitären tuberculösen Herde im Kehlkopfe; 2. von Heilung der Larynxtuberculose in Folge von Tuberculintherapie; 3. von mehreren Fällen erworbener Tuberculose, die günstig verliefen.

Nachmittags, 2 Uhr, führte Onodi im physiologisehen Hörsaale zwei seinem ersten Vortrage entsprechende Versuche aus, die nur theilweise gelangen. Am nächsten Tage gelang ihm jedoch eines völlig; er demonstrirte das Gehirn in der III. Sitzung.

III. Sitzung, den 26. September, Nachmittags.

Dr. L. Réthy spricht über „Messung der Spannung der Stimmbänder“:

Dieselbe geschieht mittelst eines scheerenförmigen Instrumentes, dessen Branchen durch eine Schraubenvorrichtung auseinander getrieben werden, bis die Glottis auf eine bestimmte Grösse erweitert ist. Die dabei aufgewendete Kraft wird empirisch festgestellt und an einer Theilung abgelesen; es kommen dabei Kräfte zur Beobachtung, die einem Gewichte von 5—500 g entsprechen. Näheres soll später publicirt werden.

Störk findet das Instrument sehr entsprechend; er selbst machte Messungen der Spannung der Luft im Larynx mit einem manometerartigen Instrumente, konnte aber keine Erfolge erzielen.

Dr. Reinhard (Duisburg) demonstrirt „ein Präparat von primärem Epithelialcarcinom der Oberkieferhöhle“, welches durch Exstirpation des linken Oberkiefers gewonnen wurde.

Paul Heymann (Berlin) „Ueber Verwachsungen im Pharynx und im Larynx in Folge von Lues“.

Er berichtet über seine diesbezüglichen Erfahrungen. Es sind im Rachen wesentlich drei Stellen, an denen solche Verwachsungen vorkommen, dicht hinter den Choanen, am Uebergang des Nasenrachenraumes in den Mundrachenraum und dicht über der Epiglottis im unteren Schlundraum. Die Verwachsungen, die das Endresultat gummöser Geschwüre sind, sind fast stets circulär angeordnet. Im Kehlkopfe handelt es sich meistens um membranoide Verwachsungen der wahren und falschen Stimmbänder, doch kommen auch Verwachsungen an anderen Stellen, sowie schiefe Verwachsungen, Knorpelverziehungen etc. vor.

Es ist häufig nicht möglich, dem geschwürigen Process Einhalt zu thun, und bleibt nur übrig, die völlige Vernarbung abzuwarten und dann die chirurgische Behandlung der Stenose eintreten zu lassen, bei welcher sich die allmälige Dilatation als die für die Mehrzahl der Fälle geeignetste erwiesen hat.

Bemerkenswerth ist das relativ häufige Vorkommen solcher Verwachsungen bei der hereditären Form der Lues.

Discussion. Prof. Pieniazek trug einmal die Epiglottis ab, als dieselbe durch die Narben nach rückwärts und unten gezogen war und dadurch Stenose des Larynx veranlasste. Excisionen der Narben sind sehr wirksam, veursachen aber manchmal starke Blutungen.

Dr. Thost fragt, ob sich sicher in den Fällen von sogenannter hereditärer Syphilis die Heredität nachweisen liess.

Heymann bejaht dies und erwähnt Pieniazek gegenüber, dass auch er meist die Narbenstränge durchschneide.

Prof. Dr. Pieniazek: „Beitrag zur Behandlung von Trachealstenosen nach der Tracheotomie“.

Pieniazek bespricht die Verengerungen, die in der Luftröhre bei Tracheotomirten auftreten, oder wegen welcher die Tracheotomie vorgenommen wurde. Zuerst erwähnt er die spontane Hyperplasie der Trachealschleimhaut, die die Stenose der Trachea neben oder ohne Kehlkopfstenose verursachen kann. Dann führt er Stenosen an, die durch die Reizung der Schleimhaut durch das untere Canülenende entstehen; hier tragen Granulationswucherungen oder Wulstung der Schleimhaut die Schuld. Er untersucht die Luftröhre durch die Trachealfistel unter Gesichtscontrole und behandelt sie auf demselben Wege. Es kommt hier die Abzwickung der Granulome, Excochleation der Wülste und systematische Dilatation in Betracht. Zu der letzteren verwendet der Vortragende abgeschnittene Oesophagus- oder Urethralkatheterstücke, je nach dem Alter des Kranken. Kurz erwähnt er noch die Neubildungen, entzündliche Zustände und dergl. als mögliche Ursachen der Stenose und demonstrirt von ihm aus den Bronchien extrahirte Fremdkörper, als: einen Schiessbolzen, zwei Canülen, ein Stück Kork und eine doppelte Stecknadel.

Dr. Thost erwähnt eines Falles von Erweichung der Trachealringe in Folge von Entzündungsvorgängen. Er verwendete dabei die von Mikulicz angegebenen Glascanülen und ähnliche aus Hartgummi verfertigte.

Störk fragt, ob Pieniazek's Methode auch bei dem erschwerten Decanülement kleiner Kinder von Vortheil sei?

Pieniazek erwidert, dass sie natürlich dazu anwendbar sei. Die Erweichung der Trachealwand kenne er wohl; sie sei sehr schwierig zu behandeln.

Thost lobt besonders die soliden Zinnbolzen für Stenosen oberhalb der Canüle.

Dr. Gottfried Scheff: „Beiträge zur Physiologie und Anatomie der Nase."

Welchen Weg nimmt der Luftstrom in der Nase?

Nach Berücksichtigung der einschlägigen Literatur theilt er die nach seinen Experimenten gewonnenen Resultate mit. Die Experimente zerfallen in zwei Gruppen:

1. Gruppe: Experimente, welche an Leichnamen angestellt wurden und zum Resultate hatten, dass der Luftstrom der Hauptmasse nach seinen Weg durch den mittleren Nasengang nimmt, und dass die alte Eintheilung in eine Reg. olf. sohin physiologisch nicht berechtigt erscheint. Ferner, dass selbst beim gewöhnlichen Athmen Geruchswahrnehmung stattfindet und die Function der Nebenhöhlen, wonach diese auf mechanischem Wege den Riechact begünstigen sollen (wie Braune und Clasen annehmen), experimentell nicht bestätigt erscheint. Endlich, dass nur der Niessact aspirirend auf den Inhalt der Nebenhöhle wirken könne.

2. Gruppe: Bis jetzt für dieses Organ ganz neu und die Architektonik der inneren Nase darstellend (Ausgussmethode). Dadurch erscheint der Grundsatz, dass es nur einen weiten hindernisslosen Weg für den Luftstrom giebt und dass dieser der mittlere Nasengang ist, augenfällig bewiesen.

IV. Sitzung, den 27. September, Vormittags.

Dr. Arthur Hartmann (Berlin) demonstrirt:

1. Frontale Serienschnitte durch die Nase des Fuchses, an welchen man die bedeutende Entwicklung der Riechwülste besonders deutlich sieht.

2. Photographische Wandtafeln nach Präparaten seiner Sammlung: a) Deviationen der Nasenscheidewand; b) anatomische Verhältnisse des Sinus frontalis und des Ductus nasofrontalis; c) Anomalien der Highmorshöhle darstellend.

3. Instrumente: a) Doppelringzangen; b) Scheere zur Abtragung der unteren Muschel. Diese Operation nimmt Hartmann vor bei Stenosirung der Nase und behufs Herstellung eines freien Zuganges zum Nasenrachenraum von vorne, namentlich in Fällen von Nasenrachentumoren; c) Bügel zur Befestigung der Nadeln für Elektrolyse am Patienten.

Discussion zu dem am Vortage gehaltenen Vortrage des Dr. Scheff.

Docent Roth bemerkt, dass die meisten Patienten bei Verstopfung des mittleren Nasenganges nie über verminderte Durchgängigkeit der Nase geklagt haben, wohl aber, wenn das Hinderniss sich im unteren Nasengange befand. Er unterscheidet ein actives Athmen und ein automatisches, und glaubt, dass nur beim activen Athmen die Hauptmenge des Luftstromes den mittleren Nasengang passire.

Dr. Kayser (Breslau) bemerkt, dass er schon vor einigen Jahren dasselbe wie Scheff experimentell nachwies, und zwar sowohl an Leichen, als auch an Lebenden. Er liess nämlich Magnesiastaub einathmen und fand, dass auch bei gewöhnlichem Athmen der Luftstrom hauptsächlich den mittleren Nasengang passire. In pathologischen Fällen seien die Verhältnisse der Luftströmung sehr complicirt.

Dr. M. Hajek wahrt für Siebenmann in Basel die Priorität der Ausgussmethode.

O. Chiari: „Ueber Lymphosarkom des Rachens und Kehlkopfes.“

Der Vortragende theilt zwei eigene Beobachtungen ausführlich mit. Da beide Fälle lange Zeit (der eine durch $5^1/_2$, der andere $7^1/_2$ Monate) bis zu dem letalen Ausgange, und zwar nahezu von den ersten Anfängen an in Behandlung standen, gaben sie Aufschluss über die schwierig zu diagnosticirenden Anfangserscheinungen und waren sehr belehrend für das Studium des Verlaufes. Die histologische Untersuchung ergab Lymphosarkom, dessen Zwischensubstanz im ersten Falle theilweise aus dicken, stark sich färbenden Zellen mit zahlreichen verästigten Ausläufern bestand.

Aus der Literatur und diesen zwei Beobachtungen ergiebt sich folgendes Bild der Lymphosarkome des Rachens: Die seltene Erkrankung betrifft meist Männer im mittleren Alter; sie beginnt entweder an einer Tonsille oder in den Follikeln der Schleimhaut, gewöhnlich an ersterer in Form eines rundlichen Tu-

mors, an letzterer als Gruppe von kleineren Infiltraten von gelblich-röthlicher Farbe und markiger Consistenz. Sehr bald bilden sich Ulcera, theils oberflächliche, theils tiefer greifende. Gewöhnlich vereitern die Infiltrate einfach, manchmal zerfallen sie aber auch unter Bildung gangränöser Fetzen und unter Fieberbewegung mit starker Entzündung der Umgebung.

Die derart entstandenen Substanzverluste reinigen sich bald, granuliren meistens gut und vernarben auch öfters, wenigstens theilweise. Bald aber entstehen neben ihnen oder auch an anderen Stellen des Rachens neue Infiltrate, die ein ähnliches Schicksal erfahren, nämlich vereitern oder verjauchen; doch können die Infiltrate auch einfach resorbirt werden. Sie gehen ohne jede entzündliche Erscheinung zurück; ja selbst sehr grosse Tumoren sah man (Eisenmenger) in wenigen Tagen völlig schwinden. An kleineren Infiltraten beobachtete es auch der Vortragende öfters. Dadurch kann eine Heilung vorgetäuscht werden; doch handelt es sich meistens nur um einen Stillstand, der gewöhnlich kurz, in seltenen Fällen aber Monate lang dauern kann. Bald verbreitet sich der Process weiter, und zwar entweder unter der Schleimhaut weiterkriechend oder benachbarte Follikelgruppen einbeziehend, oder auf dem Wege der Lymphbahnen die regionären Lymphdrüsen inficirend, oder endlich, indem rücksichtslos alle Gewebe, selbst der Knochen durchwachsen werden. Nur die Blutgefässe werden dabei zwar comprimirt, aber nicht durchwuchert; daher kommt es nicht zu Metastasen auf dem Wege der Blutbahnen, sondern nur auf dem Wege der Lymphbahnen (Kundrat). Endlich kann der Process an einer Seite des Rachens ganz oder theilweise abheilen und sich hauptsächlich auf der anderen localisiren. Natürlich findet das Fortschreiten der Erkrankung nicht immer in allen diesen Formen statt, so dass z. B. die Lymphdrüsen manchmal verschont bleiben.

In Folge dieser Ausbreitung wird nun oft die Rachenwand, das Velum, der Nasenrachenraum und der Zungengrund in grösserer oder geringerer Ausdehnung mit flachen Infiltraten und Geschwüren und auch grösseren Tumoren besetzt erscheinen. Auch der Kehlkopf, der ganze Oberkiefer, die Fossa spheno-maxillaris die Fossa temporalis, die Orbita und die Schädelhöhle selbst werden oft in Mitleidenschaft gezogen. Die dadurch eintretenden Störungen der Athmung und des Schlingactes, sowie die cerebralen Symptome bedrohen natürlich das Leben des Patienten; dazu kommen noch die häufigen Vereiterungen oder Verjauchungen der Tumoren im Rachen und im Munde und der Drüsentumoren aussen am Halse, so dass die Patienten meistens an Schwäche zu Grunde gehen mehrere Monate oder ein bis zwei Jahre nach Beginn der Erkrankung. Nur in wenigen Fällen soll der Process bald zum Stillstand gekommen sein, ohne zu recidiviren. Die Diagnose ist nach dieser Schilderung leicht, wenn man einen Fall längere Zeit beobachten kann, da der Wechsel in dem Auftreten von Infiltraten, ihrem Zerfalle oder ihrer Resorption mit darauffolgender theilweiser Heilung und den bald eintretenden Recidiven und endlich die unaufhaltsame Ausbreitung des Processes charakteristisch genug sind.

Bei einer einmaligen Untersuchung ist aber oft die Diagnose sehr schwer, namentlich bei den Anfangsformen. Verwechslungen isolirter Tumoren der Mandel mit entzündlicher Hypertrophie, mit Fibrom kamen schon vor. Ebenso wurden die

isolirten Geschwüre der Mandeltumoren und der hinteren Rachenwand falsch diagnosticirt, die ersteren für Diphtherie, die letzteren für Syphilis gehalten. Auch die ausgebreitete Geschwürsbildung an den Gebilden des Rachens und Isthmus pharyngis wurde für Syphilis, Lupus, ja selbst für chronische Tuberculose erklärt. Die Differentialdiagnose gegen diese Processe und gegen Sarkom und Carcinom wird nun ausführlich erörtert.

Die Therapie hat sich ziemlich machtlos erwiesen. Nur Arsenmedication hat manchmal gut, vielleicht sogar heilend eingewirkt. Partielle Excisionen und Injectionen in die Tumoren scheinen wenigstens nicht zu schaden; manchmal dürften sie die Resorption der Infiltrate angeregt haben. Radicale Exstirpationen sind gewöhnlich nur im Anfange möglich, in ihrer Wirkung aber immer sehr unsicher. Palliative Operationen zur Beseitigung von Athemnoth oder Dysphagie sind entschieden zu billigen.

Störk: „Ueber Lymphosarkom des Rachens und des Kehlkopfes.“

Störk spricht besonders über die Schwierigkeit der Diagnose; anfangs hielt er das Leiden für Syphilis, in den späteren Stadien für Carcinom. Im Nasenrachenraum beginnt es in Form adenoider Vegetationen, die aber bald ulceriren; dann kommt es zum Herabsteigen des Processes in den Rachen. Er citirt dann die Fälle von Schnitzler (Diagnose erst bei der Section gemacht), Koschier, Eisenmenger, und beschreibt sie genau, ebenso wie einen Fall Czerny's.

Ausser dem seiner Klinik entnommenen Fall Koschier's schildert Störk noch 5 Fälle, die er selbst behandelt hatte. (Der letzte wird demonstrirt.) Besonders hebt Störk hervor, dass die Gaumenbogen, die Epiglottis und die aryepiglottischen Falten dick, infiltrirt, starr, glasig, gelblichgrau, diaphan, also in gewissem Sinne ähnlich wie beim Oedem aussehen. Dieser Zustand dauert aber Monate, ja über ein Jahr lang. In den späteren Stadien, wenn sich grosse Tumoren gebildet haben, ist die Diagnose leichter, wird aber immer durch histologische Untersuchung kleiner excidirter Stücke am besten festgestellt.

Der eigenthümliche Verlauf, den der Vorredner ganz entsprechend geschildert habe, grenze das Leiden gut gegen Syphilis und Neubildungen ab; jedenfalls verdiene diese Erkrankung die volle Aufmerksamkeit aller Halsärzte. Kundrat habe sich durch sein Studium der Lymphosarkomatose grosse Verdienste erworben und es ihm ermöglicht, auch in vivo die Initialstadien zu erkennen.

Discussion. Grossmann hält das Leiden für nicht gar so selten. Er habe selbst drei Fälle gesehen. Es gleiche manchmal der Actinomykose. Gegen Syphilis sei es abzugrenzen durch die frühzeitige Paralyse des Velums.

M. Hajek behandelt seit längerer Zeit einen Fall mit glasartiger Infiltration der hinteren Rachenwand, Epiglottis und aryepiglottischen Falten, welche er nach diesem Vortrage für Lymphosarkom erklären müsse.

Dr. Franz Spitzer theilt die Krankengeschichte eines Falles von Sarkom des Nasenrachenraumes mit, den er vom Beginn der Erkrankung bis zum Exitus beobachtet hat.

Prof. Pieniazek bemerkt, dass das Lymphosarkom der Mandeln früher viel seltener zu sein schien, als jetzt. Im Jahre 1874 war in der Literatur nur 1 Fall von Billroth bekannt, seit der Zeit hat Pieniazek 4 Fälle — 3, bei denen die Pharyngotomia lateralis ausgeführt wurde — gesehen.

Dr. L. Réthi räth zu Versuchen mit 0,5proc. Pyctaninlösungen in der Form von localen Injectionen.

Prof. Juffinger erwähnt, dass bei einem Falle, den er vom Beginn an zu beobachten Gelegenheit hatte, das erste Symptom häufige, jedoch geringe Blutungen aus der Nase und aus dem Munde war.

Dr. Thost bemerkt, dass ähnliche Fälle von malignen Tumoren der Tonsillen mit zahlreichen und mächtigen Metastasen gar nicht so selten vorkommen.

Chiari betont die Wichtigkeit der Unterscheidung des Lymphosarkoms von den Lymphomen, von der Leukämie und Pseudoleukämie etc., welche Kundrat in so klarer Weise durchgeführt hat. Ausserdem hat er über 20 Fälle aus der Literatur citirt. Das Hauptgewicht seines Vortrages liegt in der Frühdiagnose.

V. Sitzung, den 27. September, Nachmittags.

Dr. M. Hajek: „Ueber Atrophie und Pseudoatrophie der Nasenschleimhaut."

Es giebt eine Form des klinischen Bildes, welche sehr leicht den Anschein erwecken kann, dass es sich um Atrophie handelt, wobei es sich aber nach Behandlung der Nebenhöhlenerkrankung herausstellt, dass es sich nur um einen pseudoatrophischen Zustand, theilweise sogar um Hypertrophie gehandelt hat. Schliesst man diese zahlreichen Fälle von Pseudoatrophie aus und geht man in der Annahme der Nebenhöhlenerkrankungen, insbesondere des Siebbeinlabyrinths und der Keilbeinhöhle rigoros vor, dann decken sich die klinischen Beobachtungen so ziemlich mit den anatomischen Resultaten, welche zeigen, dass bei der Ozaena nur ausnahmsweise die Nebenhöhlen afficirt sind.

An der Discussion betheiligen sich Dr. Baumgarten und Bresgen.

Dr. Panzer (Wien): „Ueber tuberculöse Stimmbandpolypen."

P. beschreibt 3 Fälle, die aus der Ambulanz und Privatpraxis des Prof. Chiari stammen. Bei dem ersten Falle (Mühle) handelte es sich um ein Stimmbandfibrom, das vor mehr als 2 Jahren operirt wurde und bei dem 4 Monate nach der Operation eine Recidive in der Form eines Polypen auftrat, bei dessen Untersuchung sich als Diagnose Tuberculose ergab. Seitdem ist Patient gesund geblieben. Beim zweiten Falle bestanden papilläre Excrescenzen auf dem linken Stimmband, die sich bei der histologischen Untersuchung als tuberculös herausstellten. Im dritten Falle war wieder ein anscheinend gewöhnlicher Stimmbandpolyp vorhanden gewesen, bei dem mikroskopisch die Zusammensetzung aus tuberculösem Granulationsgewebe nachgewiesen wurde.

An der Discussion betheiligen sich Thost, Ronsburger, Koschier,

Aronsohn (Ems) und Chiari, und zwar dreht sich dieselbe um die Möglichkeit des Vorkommens primärer Larynxtuberculose.

Dr. Hajek demonstrirt einen Fall von Tuberculose der Epiglottis, welche er endolaryngeal total entfernte. Darauf erholte sich der Patient sehr und nahm um 20 kg zu, doch bildeten sich Lupusknoten an der Gesichtshaut. (Vide Protokoll der Gesellschaft der Aerzte. „Wiener klin. Wochenschrift", 1894, Nr. 11.)

Dr. Koschier hat den Fall vor 3 Jahren gesehen und damals die Diagnose auf Lupus gestellt.

VI. Sitzung, den 28. September, Vormittags.

Dr. Adolf Heller (Nürnberg) stellt die principielle Frage zur Discussion, ob es selbstständige, rein primäre Erkrankungen des Kehlkopfes giebt, und welche? Er ist der Ansicht, dass, mit Ausnahme der traumatischen, die Mehrzahl derselben secundär ist, entweder bedingt durch Allgemeinerkrankungen oder fortgeleitet von den oberhalb des Larynx gelegenen Luftwegen. Er möchte deshalb auch bei der Therapie auf die örtliche Behandlung der obersten Luftwege das Schwergewicht gelegt und das directe Eingehen mit Instrumenten in den Larynx nach Thunlichlichkeit beschränkt wissen. Er hat besonders von Irrigationen mit abgekochtem warmen Wasser gute Erfolge gesehen.

In der Discussion sprechen sich Réthi, Aronsohn, Chiari und Bloch dahin aus, dass zwar oft Larynxkatarrhe secundärer Natur seien, dass auch Inhalationen und Irrigationen recht gut wirken können, dass man aber in sehr vielen Fällen der endolaryngealen Behandlung mit Pinseln etc. nicht entrathen könne. Natürlich müsse auch Nase und Rachen und der Allgemeinzustand berücksichtigt werden, worauf ja schon öfters hingewiesen wurde.

Goldschmid demonstrirt einen Patienten, der mit schwerer Lungen- und Kehlkopftuberculose behaftet nach der Tracheotomie sich sehr erholt hatte.

Professor Dr. H. L. Wagner (San Francisco): „Ueber die Verwerthung des Antroskopes bei Erkrankungen der Highmorshöhle." Demonstration eines Antroskopes.

Das Antroskop kann mit Vortheil in allen hartnäckig verlaufenden Antrum-Highmori-Erkrankungen benützt werden, jedoch nur, nachdem die Alveolaröffnung in dieser Höhle geschaffen ist.

Das Instrument bietet den Vortheil, dass es sich nach verschiedenen Richtungen hin — allerdings nur um eine Achse — drehen lässt und man daher verschiedene Theile dieser Höhle untersuchen kann. Dasselbe erhält seine Beleuchtung von Reiniger's Panelektroskop.

Dr. Baurovicz (Krakau): „Scleroma laryngis sub forma sclerosis interarytaenoideae."

Wegen der Schrumpfung des Infiltrates an der hinteren Larynxwand kam es

zur vollständigen Annäherung der Aryknorpel und Fixation derselben mit consecutiver Glottisstenose.

Nach Laryngofissur und Auskratzung des Infiltrates traten die Aryknorpel auseinander, blieben beweglich und die Glottis wurde normal weit, so dass man nach einiger Zeit die Patientin decanuliren konnte.

Dr. Baurovicz (Krakau): „Einige Worte über die bacteriologische Untersuchung des pathologischen Secrets der oberen Luftwege."

Baurovicz räth in allen Fällen der sogenannten Chorditis hypertrophica inferior mit dem Nasen- und Kehlkopfsecrete Impfungen auf Agar-Agar zu machen, um sich zu überzeugen, ob alle Fälle ihre Aetiologie im Sklerom haben.

An der Discussion betheiligten sich Hajek, Koschier, Grossmann, Chiari, Juffinger und Pieniazek. Alle stimmen darin überein, dass die Aetiologie der Chorditis hypertrophica inferior eine verschiedene sei, sehr häufig jedoch im Rhinosklerombacillus liege. Ueber die Frage aber, ob schon die mikroskopische und bacteriologische Untersuchung des Nasenrachensecretes zur Diagnose genüge, oder erst die eines excidirten Stückchens, wurde keine Einigung erzielt.

Prof. Juffinger (Innsbruck) berichtet über eine Erkrankung des Kehlkopfes bei Lichen ruber acuminatus der Haut, und zeigt mikroskopische Schnitte, welche aus exstirpirten Theilchen angefertigt wurden. Diese Erkrankung trat in Form von Knötchen auf, die besonders am freien Rande der Epiglottis aufsassen, theils lebhaft geröthet waren und sich derb anfühlten.

Mikroskopisch zeigte sich eine dichte Zellinfiltration der obersten Schleimhautschichte, welche sich besonders um die Gefässe herum localisirte.

Docent Dr. Neumann (Budapest): „Neue Untersuchungen über den Mechanismus der Kehlkopfmusculatur."

Neumann fand schon früher, dass bei Phonation das Stimmband — entgegen der allgemeinen Auffassung — nicht gehoben, sondern gesenkt werde.

Nach seinen neueren Versuchen ist ferner der M. crico-thyreoideus kein Adductor des Stimmbandes. Durchschnitt er nämlich Hunden die Nervi recurrentes, so wurden einige dyspnoisch, andere aber nicht. (Das hing nach seiner Ansicht von ihrem Temperament ab.) Die dyspnoischen wurden aber durch Durchschneidung beider Mm. crico-thyreoidei nicht von der Erstickungsgefahr befreit, sondern mussten tracheotomirt werden.

Grossmann glaubt nach dem Baue des Cricoarytänoidealgelenkes nicht, dass das gelähmte Stimmband höher steht. Der Musculus circo-thyreoideus ist nach seiner Ansicht nicht blos Spanner, sondern auch kräftiger Adductor der Stimmbänder.

Chiari hält die Adductionswirkung des Musculus circo-thyreoideus nicht für bedeutend.

O. Chiari (Wien).

Gedruckt bei L. Schumacher in Berlin.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XI. Berlin, Februar. 1895. No. 8.

I. Referate.

a. Allgemeines, äusserer Hals etc.

1) **P. Mc Bride** (Edinburgh). **Ueber die neueren Fortschritte in der Laryngologie, Rhinologie und Otologie.** Vortrag, geh. in der Jahresversammlung der British Med. Association in Bristol. August 1894. Abdruck in: *Wiener med. Blätter. 1894. No. 32 u. 33.*

CHIARI.

2) **P. Purvis** (London). **Statistik des Halsdepartements des St. Thomas Hospitals im Jahre 1892 und 93. (Statistics of the Throat Department of St. Thomas's Hospital in 1892 and 1893.)** *St. Thomas's Hospital Reports. New Series. Vol. XXII. 1892 and 1893. pp. 603 et seq.*

Ein rein statistischer Bericht über das in den Jahren 1892 und 1893 gesehene Krankenmaterial in der Halsabtheilung des St. Thomas Hospitals. Im Jahre 1892 wurden 963, Im Jahre 1893 1058 neue Fälle behandelt. Die Statistik giebt keinen Anlass zu besonderen Bemerkungen.

SEMON.

3) **Ad. Levy** (Kopenhagen). **Jahresbericht der Klinik für Ohren-, Nasen- und Schlundkrankheiten des Kopenhagener Garnison-Krankenhauses 1891—1893. (Aarsberetning for Kobenhavns Garnisonssygehus' Klinik for Ore-, Nase- og Svalg-Sygdomme i Treaaret 1891—1893.)** *Hospitals-Tidende. 1894.*

Rein statistische Mittheilungen.

SCHMIEGELOW.

4) **P. François u. E. Scarlieri. Poliklinik für Hals-, Nasen und Ohrenkrankheiten. (Consultation externe pour les maladies du nez, du larynx et des oreilles.)** *Nouveau Montpellier medical. 21. Juli 1894.*

Statistisches über die im Jahre 1893—94 in der Ambulanz der Klinik behandelten Fälle: im ganzen 267, davon 121 Ohrenkrankeiten, 68 Nasen- und Nasenrachenraumaffectionen, 36 Larynxfälle, 36 Rachen- und 7 Mundkrankheiten.

A. CARTAZ.

5) **W. Schleicher. St. Elisabethhospital, Antwerpen; Otolaryngologischer Dienst anno 1893; Statistischer Bericht. (Hôpital St. Elisabeth à Anvers, Service d'Oto-Laryngologie; Année 1893. Rapport Statistique.)** *Extrait des Annales de la Société de Méd. d'Anvers. Januar 1894.*

Schl. giebt zuerst eine tabellarische Uebersicht über die verschiedenen Erkrankungen der Ohren, Nase, Nasenrachenraums, Mund, Zunge, Kehlkopfs etc., welche im Jahre 1893 im St. Elisabethhospital zu Antwerpen in Behandlung kamen und schliesst daran einige detaillirte Beobachtungen betreffend das Empyem der Highmorshöhle und deren Durchleuchtung. Zum Schlusse führt er einen Fall von Stenose der Trachea an mit Recurrenscompression durch infiltrirte Peritrachealdrüsen.

BAYER.

6) **Bayer. Statistik. Klinische Rundschau. Tuberculosenbehandlung. (I. Statistique. II. Revue clinique. Traitement de la tuberculose.)** *Annales de l'Institut Chirurgical de Bruxelles. 1894.*

Tabellarische Uebersicht über die im Jahre 1893 neu zugegangenen Kranken mit Affectionen des Mundes, des Nasenrachenraumes, des Pharynx und Larynx, der Trachea, Bronchien und der Lungen etc. Daran schliesst sich eine allgemeine klinische Betrachtung der einzelnen Gebiete, in welcher der Autor seine Grundsätze bezüglich der Therapie auseinandersetzt, und sich vornehmlich gegen den Unfug auflehnt, welcher vielfach mit der Galvanocaustik getrieben wird. Dazwischen hinein sind einzelne interessantere Fälle etwas näher mitgetheilt resp. angedeutet.

Zum Schlusse sind 8 Krankengeschichten angeführt, welche die neue Tuberculosentherapie des Autors mit Creosotvasogen erläutern sollen.

Autoreferat.

7) **Wodon. Einige Fälle aus der Otologie, Rhinologie und Laryngologie. (Quelques cas d'otologie, rhinologie et laryngologie.)** *La Presse Méd. Belge. No. 1. 1894.*

Ein Fibrom des Gaumensegels 4—5 cm lang, gestielt zwischen dem vordern Gaumenbogen und Zäpfchen aufsitzend;

Nasensyphilis mit Ausstossung necrotischer Knochenstücke: Zuerst der mittleren Muschel, dann der untern Muschel und schliesslich noch der vertikalen Siebbeinlamelle, 2 cm hoch und $1^1/_2$ cm breit;

Larynxphthise mit Ausstossung einer Arytaenoidknorpelspitze (Knorpelstück von 0,5 cm Höhe und 3 mm Breite, mit einer Spitze und 3 Seitenflächen).

BAYER

8) **Hanquet. Diffuse gangränöse Halsphlegmone gefolgt von rapidem Tode. (Phlegmon diffus gangréneux du cou suivi de mort rapide.)** *Archives Méd. Belges. Juni 1894.*

Anschwellung der linken Reg. submaxill. nach Extraction des 2. linken untern Molaris in Folge von Caries mit Entleerung fötiden Eiters; trotzdem diffuse Phlegmone, welche die ausgiebigsten Incisionen nicht einzuschränken vermögen; Tod an Septicämie.

BAYER.

9) **Dollinger** (Budapest). **Die subcutane Exstirpation der tuberculösen Lymphdrüsen des Halses, des Nackens und der Submaxillargegend.** *Centralblatt für Chirurgie. 36. 1894.*

Nur für den Chirurgen von Interesse. **SEIFERT.**

10) **Haeckel** (Jena). **Eine Cyste des Ductus thyreo-glossus.** *Archiv für klin. Chirurgie. XLVIII. 3. 1894.*

Eine bei einem 18jährigen Mädchen entfernte Geschwulst, welche in der Mittellinie des Halses in der Höhe des Zungenbeins ihren Sitz gehabt hatte, erwies sich als eine cystische Entartung eines persistirenden Theiles des Ductus thyreoglossus und zwar desjenigen Theiles, welcher schon durch den Boden der Mundhöhle hindurchgetreten ist. **SEIFERT.**

11) **Guida. Vereitertes Hygroma sub-hyoideum, mit drohender Asphyxie. (Igroma sotto-ioideo suppurato, con minaccia d'asfissia.)** *Arch. It. di Lar. 1894. No. 2.*

Die schnelle Eröffnung des Eiterherdes hatte zur Folge, dass die Dyspnoe sofort gebessert wurde, und die Tracheotomie, welche in Aussicht genommen war, erspart werden konnte. **TOTI.**

12) **D. E. Siegenbeek van Heukelom** (Leiden). **Eine angeborene Halsgeschwulst. (Een aangeboren halsgezwel.)** *Ned. Tijdschr. v. Geneesk. 1894. II. No. 11.*

Detaillirte makro- und mikroskopische Beschreibung der Geschwulst, welche v. H. vorläufig Chondro-fibro-sarco-cystadenoma lymphangiectaticum congenitale glandularum submaxillarum taufen möchte. **H. BURGER.**

13) **A. A. Bowlby** (London). **Epitheliomatöse Cyste des Halses. (Epitheliomatous cyst of neck.)** *Brit. Med. Journ. 24. Nov. 1894.*

Demonstration einer nach dem Tode eines 58jährigen Mannes entfernten Cyste des Halses am 20. November 1894 vor der Pathological Society of London. Der Kranke hatte an einer fluctuirenden Schwellung am Halse gelitten; es liessen sich aber an einzelnen Stellen der Cyste deutlich harte Knoten fühlen, und dies führte zur Diagnose einer cystischen Neubildung. Weder im Munde, noch im Kehlkopf, noch im Oesophagus wurde ein primärer Tumor entdeckt; bei der Incision entleerte sich blutig gefärbtes Serum, und das Innere der Cyste erwies sich als uneben und knollig. Auch nach dem Tode wurde keine primäre Geschwulst gefunden. Die Cystenwand war $^1/_4$ Zoll dick, und zeigte die Structur eines Epithelioms; die Lymphdrüsen der anderen Seite des Halses und die des Thorax waren normal. Die Geschwulst selbst infiltrirte die Stränge des Plexus cervicalis und brachialis, und lag unterhalb des Kehlkopfnickers. Aehnliche Fälle seien der Gesellschaft von Mr. Treves und Mr. Silcock vorgelegt worden, und der Vortragende stimmte mit dem letzteren darin überein, dass sie wahrscheinlich in einer Kiemenspalte ihren Ursprung nähmen. Er meinte auch, dass es wahrscheinlicher sei, dass das Carcinom in einer ursprünglichen Cyste entstanden sei, als dass sich die letztere erst secundär durch Einschmelzung krebsiger Lymphdrüsen gebildet hätte.

Mr. F. C. Wallis demonstrirte ein ähnliches Präparat. Die Drüsen unterhalb der Neubildung waren afficirt. Später wucherte die Geschwulst als blumenkohl-

ähnliches Gewächs durch die Haut, und der Tod erfolgte an Blutung und Erschöpfung. — Dr. Snow citirte Fälle von fluctuirenden Drüsenschwellungen am Halse, in denen sorgfältige Nachforschung zu der Entdeckung geführt hatte, dass früher ein kleiner krebsiger Tumor von der Lippe oder anderen Theilen entfernt worden war; er meinte, dass viele Fälle krebsiger Cysten einen derartigen secundären Ursprung haben können. — Mr. Bland Sutton bemerkte, dass deutsche Autoren solche bösartigen Cysten „brachiogene" Carcinome nennen; er hielt dieselben nicht für selten, da er im Laufe der letzten fünf Jahre zehn gesehen hatte. Er glaubte nicht, dass dieselben wirklich in Kiemenspalten entständen, da sie zu einer zu späten Lebensperiode auftreten, und er glaubte ebenfalls, dass ein primäres Carcinom in einer entlegenen Region ihre Quelle bilde. In einem Falle hatte er ein kleines Geschwür in der Hinterwand des Rachens beobachtet, und in einem der von Mr. Treves berichteten Fälle war eine Operation an der Lippe vorgenommen worden. Auf eine Frage Mr. Bowlby's fügte er hinzu, dass nur drei seiner Fälle zur Obduction gekommen seien, und dass in zweien dieser Fälle keine primäre Geschwulst gefunden worden sei. — Mr. S. G. Shattock berichtete über die histologische Untersuchung der Wandung einer kleinen Kiemencyste, die im vierten Kiemenbogen entstanden war; es hatte ihn überrascht, zu finden, dass dieselbe mit säulenförmigem Flimmerepithel ausgekleidet war. Er beschrieb im Weiteren die ausführlichen Resultate seiner histologischen Untersuchung — Mr. Targett hatte zwei Fälle von Drüseninfection gesehen, in welchen sich kein primärer Tumor auffinden liess. — Dr. C. F. Beadles gedachte einer Cyste des Ductus thyreo-lingualis, welche mit schuppenförmigem Epithel ausgekleidet war. — Nach einigen Bemerkungen der Herren Bland Sutton und Stephen Paget resumirte Mr. Bowlby die Discussion dahin, dass Mr. Sutton schliesslich doch nur in einem Falle eine primäre Läsion gefunden habe. Er selbst sei wohl bekannt mit der secundären cystisch-carcinomatösen Condition von Lymphdrüsen. Er glaube aber, dass die von ihm demonstrirte Klasse von Cysten klinisch von solchen verschieden sei. Sie nähmen einen viel schnelleren Verlauf und erreichten eine viel grössere Bedeutung. Seiner Ansicht nach dürfe nicht zu viel Werth auf die Charaktere des Epithels gelegt werden, da die primäre Form desselben nicht ausnahmslos beibehalten würde. Er glaube nicht, dass in seinem Falle eine Cyste der Carcinombildung vorausgegangen sei.

SEMON.

14) **v. Stubenrauch** (München). **Aneurysma der linken Submaxillargegend.** *Münchner med. Wochenschr. No. 31. 1894.*

Bei einem 23jährigen Mädchen fand sich in der Gegend des linken Unterkiefers eine faustgrosse bei Druck sich verkleinernde gering pulsirende Geschwulst, die ausserordentlich deutliches Blasegeräusch erkennen liess, das Geräusch war continuirlich, aber bei der Herzsystole bedeutend verstärkt. Compression der Carotis commun. sinistra verminderte das Geräusch sehr bedeutend, beseitigte es aber nicht vollständig; dagegen bewirkte ein auf die Gegend der Art. maxill. ext. und Vena facialis ausgeübter Druck völliges Verschwinden des Geräusches. Die Zunge war namentlich an ihrer linken Hälfte sehr beträchtlich vergrössert.

SCHECH.

15) **Grand** (Cannes). **Der Einfluss des Klimas auf Ohren- und Nasenrachenleiden. (De l'influence du climat sur les affections auriculaires et naso-pharyngiennes.)** *Lyon méd. 30. September 1894.*

G. studirt die Vertheilung dieser Krankheiten über die verschiedenen Gegenden Frankreichs je nach dem Feuchtigkeitsgehalt der Luft und der Temperatur.

A. CARTAZ.

16) **Ladreit de la Charrière** u. **Castex. Die Indicationen und Gegenindicationen der See-Behandlung für Ohren-, Nasen-, Rachen- und Kehlkopfkrankheiten. (Indications et contreindications du traitement marin dans les affections des oreilles, du nez, du pharynx et du larynx.)** *France médicale. 3. August 1894.*

Die Verff. kommen auf Grund ihrer Untersuchungen zu dem Schluss, dass die Seebehandlung indicirt ist:

1. für scrophulöse, tuberculöse, congestive oder hysterische Ohrenleiden,
2. für die Affectionen der Nase, mit Ausnahme des Eczems derselben.
3. für den Pharynx und Larynx sind die Indicationen beschränkter. Der Seeaufenthalt ist aber empfehlenswerth in allen Perioden der Kehlkopftuberculose.

A. CARTAZ.

17) **Lamann. Der elektrische Schaum als Nebenschluss.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. etc. No. 6. 1894.*

Bei der Katalyse und Electrolyse geht ungefähr der siebente Theil des angewandten Elektricitätsquantum unproductiv verloren. Daraus folgt, dass man oft ausser Stande ist, die Stromstrecke zu messen, welche das betreffende Gewebe passirt. Die Schwierigkeiten bei der klinischen Anwendung sind also viel grösser, als man bisher glaubte, und es muss angestrebt werden, bei der Elektrolyse eine in ihrem Umfange annähernd beabsichtigte Zerstörung mittels des denkbar geringsten Elektricitätsquantums zu Stande zu bringen. SCHECH.

18) **L. C. Cline. Rechtfertigen die bisherigen Resultate den weiteren Gebrauch der Galvanokaustik in der Nasen- und Halschirurgie? (Do results justify the continued use of the galvanocautery in nose and throat surgery?)** *Indiana Med. Journal. September 1894.*

C. hat kürzlich 20 Fälle wieder untersucht, die er in den letzten 4 Jahren cauterisirt hat; die Resultate, die er constatiren konnte, waren ebenso gute, wie die mit Schlinge und Messer erzielten. Die Galvanocaustik eignet sich nach C.'s Ansicht für eine grössere Zahl von Fällen, da sie aseptischer arbeitet, weniger Gewebe zerstört, grössere Sicherheit gegen Blutungen gewährt und weniger schmerzhaft ist, dabei aber nicht mehr Narbengewebe schafft, als andere Methoden.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

19) **H. W. Loeb. Die Nutzbarkeit der electrokaustischen Schlinge. (Utility of electro-cautery snare.)** *Kansas City Med. Index. Februar 1894.*

Die elektrocaustische Schlinge ist jedem anderen Instrument überlegen; sie bietet den Vortheil der Blutlosigkeit, ferner den schneller und exacter Operation. Deshalb ist sie zu verwerthen bei der

Entfernung von Nasenpolypen
„ „ Hypertrophien der Nasenschleimhaut
„ „ Tonsillen
„ „ Uvula. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

20) **Klingel** (Elberfeld). **Ein neuer galvanokaustischer Handgriff.** *Therapeut. Monatsh. 1894. November.*

Ein nach dem Princip der Hartmann'schen kalten Schlinge construirter Handgriff. A. ROSENBERG.

21) **W. C. Phillips. Ein modificirter electrischer Kopf-Illuminator. (A modified electrical head illuminator.)** *N. Y. Med. Record. 8. Juli 1894.*

Der Apparat hat ein geringes Gewicht und ist leicht zu handhaben. Das 6 Volt und 4 Kerzen starke Licht wird an einem von vorn nach hinten laufenden Stahlband vor der Stirn getragen. Mittelst einer an der Seite der Lampe angebrachten Schraube lässt sich der Focus der Flamme leicht und schnell reguliren.

LEFFERTS.

22) **Clar** (Wien). **Demonstration einer electrischen Lampe.** Sitzung der Gesellschaft der Aerzte in Wien am 20. April 1894. — *Wiener klin. Wochenschrift. 1894. No. 17.*

Eine hohle, innen spiegelnde Metallkugel trägt in ihrem Centrum eine Glühlampe. Alle Strahlen werden durch Reflexion gesammelt und durch eine Oeffnung nach aussen geworfen. Der Effekt ist ein sehr guter. CHIARI.

23) **Ernst Winckler. Ueber eine neue electrische Untersuchungslampe.** *Archiv f. Laryngologie u. Rhinologie. Bd. II. Heft 1.*

Beschreibung und Abbildung der Lampe, die bei Reiniger, Gebbert et Schall in Erlangen zu beziehen ist. F KLEMPERER.

b. Nase und Nasenrachenraum.

24) **Gradenigo** (Turin). **Bedeutung einer Untersuchung des Riechvermögens als diagnostisches Hilfsmittel bei gewissen Krankheiten der Nase und des Ohres. (Importanza dell'esame del senso olfattico quale criterio diagnostico in determinate malattie del naso e dell'orecchio.)** *Riv. Ven. di Sc. Med. 1894. No. VI.*

Die Arbeit ist hauptsächlich otologischen Interesses, wie aus den beiden Schlusssätzen hervorgeht: I. Die Untersuchung ist im Stande, bedeutende diagnostische Kriterien auch bei Fällen zu liefern, bei denen die objective Untersuchung der Nase kein positives Resultat giebt. II. Bei Taubheiten hohen Grades, mit Betheiligung des mittleren und inneren Ohres, darf man aus dem Vorhandensein einer ausgeprägten essentiellen (d. h. weder mechanischen noch centralen Ursprungs) Verminderung des Riechvermögens auf den rhino-pharyngealen Ursprung der Ohrenkrankheit schliessen. TOTI.

25) **W. Scheppegrell. Der Einfluss von Erkrankungen der Nase und des Nasenrachenraumes auf andere Körpertheile. (The influence of diseases of the nose and nasopharynx on other parts of the body.)** *New Orleans Med. and Surg. Journal. August 1894.*

Verf. führt eine Anzahl von Fällen auf, in denen verschiedenartige Symptome auf nasale Verstopfung zurückzuführen waren.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

26) **Strauss** (Paris). **Ueber das Vorkommen des Tuberkelbacillus in den Nasenhöhlen des gesunden Menschen.** *Münchner medicin. Wochenschrift. No. 28. 1894.*

Strauss fand im Innern der Nase virulente Tuberkelbacillen bei Personen, Wärtern und Wärterinnen, Assistenten, Pflegerinnen etc., welche sich häufig in von Phthisikern bewohnten Räumen aufhielten. Trotzdem waren und blieben diese Personen gesund.

SCHECH.

27) **Redactionelle Notiz. Das Vorkommen von Tuberkelbacillen in den Nasenhöhlen nicht-tuberkulöser Personen. (Presence of tubercle bacilli in the nasal cavities of non tuberculous persons.)** *Med. News. 18. August 1894.*

Der Artikel weist auf die Arbeit von Strauss (Münch. Med. Woch. 1894. No. 28) hin, der virulente Tuberkelbacillen nachwies in der Nasenhöhle nicht-tuberculöser Personen, welche in enger Verbindung mit tuberculösen Patienten gestanden hatten.

W. J. SWIFT (LEFFERTS.)

28) **Grelіche. Die Infectionen nasalen Ursprungs. (Les infections d'origine nasale.)** *Thèse de Paris. 1894.*

Verf. bespricht die verschiedenen Mikroorganismen, die man in der Nasenhöhle findet und erörtert dann die verschiedenen Complicationen, die im Verlaufe nasaler Affectionen von Seiten der Augen, der Ohren, der Lunge und der Nasennebenhöhlen eintreten können. Diese Complicationen sind fast durchgehends infectiösen Ursprungs und zu ihrer Bekämpfung ist eine sorgfältige Behandlung des primären Processes nöthig.

A. CARTAZ.

29) **Ziem. Nasenleiden bei Infectionskrankheiten.** *Münchner med. Wochenschr. No. 49. 1894.*

Ziem zieht ebenso wie Heller aus der Miterkrankung der Nase bei vielen Infectionskrankheiten den Schluss, dass die Nase die Eingangspforte der Krankheitserreger sei. Er wendet dieserhalb methodische Ausspülungen der Nase und des Nasenrachenraumes mit einer neuen „Zöllner'schen Druckpumpe" an; als Spülflüssigkeit benutzt Z. $^3/_4$—1 proc. Salzlösung. Gefahren für das Ohr will Z. niemals gesehen haben.

SCHECH.

30) **Lewy** (Berlin). **Ueber Rhinitis acuta bei Kindern.** *Archiv f. Kinderheilk. XVII. 5. 6. 1894.*

Zur Aetiologie der acuten Rhinitis vermag L. keine neuen Beiträge zu bringen. Die histologische Untersuchung der bei Erwachsenen excidirten Schleim-

hautstückchen ergab starke Rundzellenanhäufung in den oberen Schichten der Schleimhaut mit Mastzellen, eosinophilen Zellen und sehr starker Hyperämie. Zur Behandlung der acuten Rhinitis empfiehlt L. das Terpinhydrat, 3 mal täglich soviel mal 0,05 als das Kind Jahre zählt, und zur Localbehandlung Pulver aus Cocain, Menthol aa 0,1, Sacch. lact. 10,0 neben der Allgemeinbehandlung. Besonderen Werth legt L. auf die Prophylaxis. SEIFERT.

31) **J. M. Masters. Die Toilettenbehandlung des Nasencatarrhs. (The toilet treatment of nasal catarrh.)** *Virginia Med. Monthly. Juli 1894.*

Häufiger als alles Andere ist die Ursache von Rhinitis Vernachlässigung und unhygienische Behandlung der Nasenhöhle und zwar bei Kindern wie bei Erwachsenen. Verf. räth zu täglichen Ausspülungen der Nase.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

32) **Maurel. Der Gebrauch von Jodoformdämpfen bei Coryza und Bronchitis. (Emploi des vapeurs jodoformiques dans le coryza et la bronchite.)** *Société de thérapeut. 14. November 1894.*

Beim Beginn der acuten Coryza führt M. Tampons von Jodoformgaze in die Nase ein und bei Bronchitis giebt er ausserdem noch Pastillen, deren jede 5 mg Jodoform enthält, 6 pro die. In gleicher Weise verabfolgt, hat ihm das Jodoform ausserdem noch gute Resultate ergeben bei der chronischen arthritischen Coryza, bei chronischer Bronchitis und bei Tuberculose. A. CARTAZ.

33) **Redactionelle Notiz. Die Behandlung der acuten Coryza. (The treatment of acute coryza.)** *N. Y. Med. Journal. 6. October 1894.*

Eine Besprechung einer Arbeit über die Abortivbehandlung der acuten Coryza, in der die Behauptung aufgestellt wird, dass die abortive Methode, wenn man sie am ersten Tage instituirt, oft Erfolg hat und dass sie besonders zu empfehlen ist für diejenigen, bei denen die acute Coryza nur der Vorläufer einer Otitis oder Laryngo-Tracheitis zu sein pflegt. Das Brandt'sche Mittel, das in Deutschland sehr verbreitet sein soll, ist folgendes: Ac. carbolic. pur. und Ammoniak je 9 Theile, Alkohol 3 Theile, Aqua destill. 20 Theile. Ein kleiner Schwamm, der in diese Lösung getaucht ist, kommt in eine Papierdüte und aus dieser werden die Dämpfe durch die Nase eingesogen.

Auch folgende von Unna (Hamburg) empfohlene Methode giebt manchmal überraschende Resultate: Beim Ausbruch der Coryza sprayt man die Nasenwege mit einer kleinen Menge einer Mischung von 1 Theil Ichthyol auf je 100 Theile Aether und Alkohol ein. Dieser Spray wird nur 1 mal applicirt.

Schrötter empfiehlt eine Desinfection der Nasenwege, indem er sie mehrmals am Tage mit der folgenden, vorher erwärmten Lösung anfeuchtet: Sublimat 0,04, Sydenham's Laudanum und Aqua Laurocerasi āā 20 Tropfen, Aqua destillata 135,0.

Empfohlen wird ferner folgendes Pulver: Acid. boric. 75 Th., Salol 25 Th., Menthol 1 Th., Cocain. hydrochlor. $2^1/_2$ Thle. Von diesem fein zu zerreibenden Pulver wird etwa halbstündlich eine starke Prise genommen. Dasselbe wirkt gleichzeitig antiseptisch und analgetisch; das Niesen soll sofort danach aufhören,

die Nase durchgängig werden und öfters der Schnupfen innerhalb 24 Stunden vollständig beseitigt sein.

Alle diese abortiven Bestrebungen werden bisweilen dadurch gefördert, dass man die Patienten beim ersten Beginn der Krankheit energisch schwitzen lässt, am besten im Dampfbade.

LEFFERTS.

34) **Arnold Larsen** (Dänemark). **Der acute und chronische Nasencatarrh, seine Complicationen und Behandlung. (Akut og kronisk Näsekatarr, Komplikationer og Behandling.)** *Bibliotek for Laeger. 86. Aargang. 15. Aug. 1894.*

Vortrag, in einem Verein von practischen Aerzten gehalten.

SCHMIEGELOW.

35) **W. J. Chappell. Fälle von vaso-motorischer Rhinitis infolge von Malaria-Vergiftung. (Cases of vaso-motor rhinitis from malarial poison.)** *N. Y. Med. Journal. 29. September 1894.*

Verf. giebt vier Krankengeschichten von besonders ausgesprochenen Fällen, über die er verfügt; er hat noch zehn weitere Fälle dieser Art beobachtet und hält es für fraglos, dass auch sonst nicht wenige Fälle, in denen die Diagnose nicht gestellt wird, in Malaria ihren Ursprung haben.

Die Symptome der Rhinitis widerstehen bei manchen Patienten dem Chiningebrauch, während bei anderen eine Besserung eintritt; es scheint dies dafür zu sprechen, dass manche Fälle allein durch das Malariagift verschuldet sind, während bei anderen ein Malariaelement nur neben anderen mitspielt und vielleicht auf den Krankheitsverlauf und die Symptome Einfluss ausübt. Chronisch Malariakranke scheinen am meisten für diese Form von Rhinitis zu tendiren.

LEFFERTS.

36) **Scheinmann. Rhinitis fibrinosa.** *Münchner med. Wochenschrift. No. 28. 1894.*

Trotz dem in der letzten Zeit öfters gemachten Funde von Diphtheriebacillen ist noch kein übel abgelaufener Fall oder eine Ansteckung von Rhinitis fibrinosa vorgekommen; der klinische Verlauf spricht somit gegen Diphtherie.

SCHECH.

37) **Scheinmann. Rhinitis fibrinosa.** *Deutsche medicin. Wochenschrift. 1894. No. 34.*

Sch. hat bei einem neuerdings beobachteten, seit 3 Wochen bestehenden Fall die Membran im Koch'schen Institut untersuchen lassen, woselbst in derselben überwiegend Diphtheriebacillen neben Streptokokken und Staphylococcus albus gefunden wurden. Da die Affection immer gutartig verläuft, ist die Frage nach der Contagiosität um so wichtiger, weil ja auch von der Rhinitis einmal eine Rachendiphtherie hervorgerufen werden könnte. Sch. spricht sich für Isolirung aus.

LANDGRAF.

38) **P. Brown. Atrophische Rhinitis. (Atrophic rhinitis.)** *Internat. Medical Magazine. August 1894.*

Ein allgemeines Resumé; nichts besonders Empfehlenswerthes.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

39) **Bresgen. Beiträge zur Ozaenafrage** *Münchner med. Wochenschrift. 1894. No. 10 u. 11.*

Mittheilung von 11 Fällen von Ozaena, bei denen theils eine, theils mehrere Nebenhöhleneiterungen vorhanden waren und die durch Erweiterung der Ausführungsgänge und Application von Hexaäthylviolett geheilt wurden. Die sehr interessanten Krankheitsgeschichten, aus denen hervorgeht, dass die Diagnose und Behandlung oft auf die grössten Schwierigkeiten stösst, müssen im Original gelesen werden. In allen Fällen, mit Ausnahme von einem, war auch die Keilbeinhöhle und diese meist doppelseitig betroffen. Relativ selten fand sich der Knochen erkrankt. So sehr auch Referent über die äusserst exacten Beobachtungen und schönen Erfolge des Verf.'s sich freut, so kann derselbe doch nicht umhin, zu bezweifeln, ob es sich in den mitgetheilten Fällen wirklich um „echte Ozaena" handelte, zumal B. selbst angiebt, dass in allen Fällen kein deutlicher Gewebsschwund bestand, sondern dass im Gegentheil überall mehr oder weniger erhebliche Schleimhautschwellung, besonders an der unteren Muschel, vorhanden war.

SCHECH.

40) **Strazza** (Genua). **Ueber die Aetiologie der Ozaena. (Sull'etiologia dell' ozena.)** *Arch. It. di Laring. 1894. I.*

Verf. hat sich durch eingehende Untersuchungen überzeugt: 1. vom histologischen Standpunkte aus, dass die Krankheit als ein echter chronisch-entzündlicher Process aufzufassen ist, dessen Endstadium durch Sclerose des Gewebes und Umwandlung des Epithels charakterisirt wird; und 2. vom bakteriologischen Standpunkte aus, dass die Bakterien im ganzen Processe keine Rolle spielen. Culturen mit Stückchen der ozaenösen Schleimhaut blieben immer steril. TOTI.

41) **Hopmann** (Köln). **Ozaena genuina.** *Münchner med. Wochenschrift. No. 3. 1894.*

Polemik gegen Grünwald, der die Verkürzung des Septums nicht als charakteristisches Zeichen der Ozaena gelten lassen will. Hopmann erklärt die Verkürzung des Septums und den Muschelschwund aus einem angeborenen Hemmungsprocess, einer Entwicklungsstörung. Ebnet nun diese Bildungsstörung der Entzündung die Wege, so führt diese wiederum zu einer noch tieferen Stufe der Degeneration, als die Anlage an und für sich sie schon mit sich brachte. Es giebt zahlreiche Fälle von Ozaena, bei denen keinerlei Nebenhöhlenaffection oder Herderkrankung vorliegt; während bei wirklicher Ozaena durch die Gottstein'sche Tamponade in wenigen Tagen der üble Geruch völlig schwindet, bleibt derselbe bei Nebenhöhleneiterung bestehen. SCHECH.

42) **Grünwald. Altes und Neues über Stinknase.** *Münchner med. Wochenschr. No. 15. 1894.*

Entgegnung auf den Artikel Hopmann's, worin die praktische Bedeutung der Messungen der Tiefe der Nase bezweifelt und der Nachweis verlangt wird, dass eine atrophische Schleimhaut vorhanden gewesen sei zu irgend einer Zeit, und dass zu einer späteren Zeit erst auf derselben Borkenbildung eingetreten sei. Auch verwahrt sich G. gegen den Vorwurf des Furor operativus. SCHECH.

43) **Estlen. Die Ozaena und ihre Behandlung. (De l'ozène et de son traitement.)** *Thèse de Paris.*

E. empfiehlt Cauterisationen nach vorheriger Ausspülung mit 5—20proc. Argentum nitricum- oder 1—10proc. Zinkchloridlösung, A. CARTAZ.

44) **Paulsen** (Kiel). **Ueber einen schleimbildenden Kapselbacillus bei atrophirenden Rhinitiden.** *Mittheil. f. d. Verein schleswig-holst. Aerzte. No. 17. 1893.*

Verf. stellte systematische Untersuchungen des Nasengebietes bei verschiedenartigen Nasenkrankheiten an, um Auskunft über das Vorkommen Friedländerscher oder ihnen ähnlichen Kapselbacillen in der Nasenhöhle zu erhalten, nachdem es ihm nicht gelungen war derartige Bakterien in der gesunden Nasenhöhle oder beim sporadischen Schnupfen aufzufinden. Bei 15 diffusen chronischen Rhinitiden mit reichlichem, eitrigem krustenbildendem Secrete und Foetor liessen sich schleimbildende Kapselbacillen in enormer Menge feststellen. Paulsen kommt auf Grund seiner Untersuchungen zu dem Resultat, dass die Anwesenheit des schleimbildenden Kapselbacillus in der Nase eine chronische eitrige Entzündung ihrer Schleimhaut hervorruft, welche zur Muschelatrophie führen und welche durch das Hinzutreten eines intensiven eigenartigen, seiner Aetiologie nach unbekannten Foetors complicirt werden kann. SEIFERT.

45) **v. Stein. Ein weiterer Beitrag zur Anwendung des Acidum trichloraceticum.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. etc. No. 1.*

In 0,1proc. Lösung in die Nase gegossen, wirkt Acid. trichlor. bei acutem Schnupfen coupirend; schwache (0,5—1proc.) Lösungen bewirken bei Rhinitis atroph. simplex Hypertrophie der Muschelschleimhaut. Bei Ozaena vera kommen 0,5—10proc. Lösungen in Anwendung; sie beseitigen den Geruch schnell und sicher; stets beginne man mit 1—2proc. Lösung, welche auf Watte geträufelt auf die Schleimhaut eingerieben wird. Bei Operationen in der Nase wirkt die Trichloressigsäure antiseptisch und eiterungverhindernd. Muschelhypertrophien werden durch dieselbe nur beseitigt, wenn das zu ätzende Gewebe arm an Bindegewebe ist. Ein weiterer Vorzug der Trichl. ist der, dass dieselbe in engen Nasen keine Verwachsungen erzeugt. Bei lacunärer chronischer Tonsillitis werden Trichl.-Krystalle in die Lacunen eingeführt. Zur Application in Ohr und Nase verwendet Stein gefensterte Nasenspecula. SCHECH.

46) **Constade** (Paris). **Behandlung der Sykosis der Nasenhöhlen. (Traitement du sycosis des fosses nasales.)** *Journal des practiciens. 19. Mai 1894. p. 477.*

Verf. öffnet die Pusteln der benachbarten Haarfollikel und applicirt wiederholt in Salol-Campher getränkte Wattetampons; die Krusten entfernt er nicht, befördert aber deren Abstossung durch Fomentationen von warmem Wasser.

LUC.

47) **P. Chapuis** (Lyon). **Eine neue Beobachtung von syphilitischem Schanker an der Riechschleimhaut. (Nouvelle observation de chancre syphilitique de la muqueuse pituitaire.)** *Gaz. méd. des hôpitaux. 19. Juli 1894.*

Pat., ein 23jähriger Mann, hatte sich wahrscheinlich durch Kratzen in der

inficirt, nachdem er vorher mit dem Finger Gegenstände, die einem Syphilitischen dienten, berührt hatte. Die Nasezeigte eine enorme Deformität, besonders rechts. Die Ulceration begann am Nasenflügel und reichte 3 cm in die Nasenhöhle hinauf. Die Submaxillardrüsen waren rechterseits geschwollen. Bei der Aufnahme in das Hospital trat gerade die Roseola hervor. Specifische Behandlung brachte sehr schnell Heilung.

A. CARTAZ.

48) **Chapuis** (Lyon). **Syphilitischer Schanker der Riechschleimhaut. (Chancre syphilitique de la muqueuse pituitaire.)** *Lyon med. 29. Juli 1894.*

Die im rechten Naseneingang sitzende Läsion wurde von einer erysipelatösen Röthung der Nasen- und Wangenhaut, sowie von einer Anschwellung der in der Nähe des grossen Hornes des Zungenbeins befindlichen Lymphdrüsen begleitet.

LUC.

49) **Paul Chapuis. Der syphilitische Schanker der Riechschleimhaut. (Du chancre syphilitique de la muqueuse pituitaire.)** *Gaz. des hôpitaux. 13. Oct. 1894.*

Verf. giebt eine recht vollständige Uebersicht über den Schleimhautschanker. Mit Absicht lässt er die Schanker der Nase im gewöhnlichen Sinne dieses Wortes, welche bei weitem die häufigeren sind, ausser Acht. Er vermochte 22 zuverlässige Fälle aufzufinden (einige neuere Beobachtungen fehlen in seiner Zusammenstellung). Als besondere Kennzeichen hebt er hervor, dass ihr Sitz am häufigsten am Naseneingang sich befindet, die ganze Gegend erysipelatös aussieht und dass schmerzhafte Drüsenschwellungen bestehen, was wahrscheinlich eine Folge secundärer Infection durch die gewöhnlich in der Nasenhöhle zu findenden Mikroben ist.

A. CARTAZ.

50) **Gerber** (Königsberg). **Die Manifestationen der Syphilis in den oberen Luftwegen.** *Dermat. Zeitschr. II. Bd. 1. 1894.*

In dem vorliegenden Aufsatze bespricht G. die Syphilis der Nase, des Nasenrachenraumes und des Rachens. Zu den 27 von Seifert aus der Literatur zusammengestellten Fällen von Primäraffection an der Nase bringt G. noch einen weiteren Fall eigener Beobachtung, in welchem die Wahrscheinlichkeitsdiagnose auf Initialsklerose der Nase gestellt werden konnte. In Bezug auf die Häufigkeit der specifischen Coryza neonatorum stimmt G. dem Referenten nicht vollkommen bei, der die Seltenheit dieser Affection hervorgehoben hat.

Dass es im Verlauf und auf Grund von Syphilis zu einem echten klassischen Nebenhöhlenempyem der Nase kommen kann, dafür führt G. 3 Beispiele an.

Ebenso interessant und ausführlich wie die syphilitischen Erkrankungsformen der Nase sind die des Nasenrachenraumes behandelt. Erythem des Nasenrachenraumes hat G. ebensowenig wie Seifert gesehen.

Für die primären Affectionen des Rachens bringt G. einen Fall von Tonsillarschanker, ebenso einen Fall von Gumma des Rachens, das einem hypertrophischen Seitenstrange sehr ähnlich war.

SEIFRET.

51) **Mendel. Tertiär-syphilitische Rhinitis; Retention eines grossen Sequesters $4^1/_2$ Jahre hindurch. (Rhinite syphilitique tertiaire, rétention d'un volumineux séquestre pendant 4 ans et demi.)** *Bull. soc. de laryngologie de Paris. Juni 1894.*

Die Ueberschrift erklärt den Fall zur Genüge. A. CARTAZ.

52) **Neuhaus** (Welschenennest). **Ueber intranasale Synechien.** Dissert. Heidelberg. 1894.

Im Anschluss an einen ausführlicher mitgetheilten Fall, in welchem es sich um eine doppelseitige Synechie (rechts zwischen Septum und unterer Muschel, links zwischen Nasenflügel und Septum) handelte, theilt N. noch weitere 30 Fälle von nasalen Synechien aus der ambulatorischen Klinik von Jurasz mit. Die Synechien bestanden zumeist in membranösen Brücken zwischen Septum und der unteren oder mittleren Muschel oder zwischen Septum und beiden Muscheln, in einigen Fällen handelte es sich um mehrfache strangartige Verwachsungen oder um fast vollständige membranartige Verwachsung der Nasenhöhle. SEIFERT.

53) **R. E. Moss. Die Wichtigkeit der Frühbehandlung bei nasaler Verstopfung. (Importance of early treatment in nasal obstruction.)** *Texas Med. Journal. August 1894.*

Es gilt vor allem, Ernährungsstörungen zu verhüten, welche für Phthise prädisponiren können. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

54) **Hopmann** (Cöln). **Zwei weitere Fälle von completer einseitiger Choanalatresie.** *Arch. f. Laryngol. u. Rhinolog. I. 3.*

H. fügt seinen früheren zwei Fällen (Langenb. Arch. 37, 2) zwei neue Krankengeschichten hinzu. In beiden neuen Fällen ist die eine Hälfte der Nasenhöhle gegenüber der anderen von vorn bis hinten enger und diese Enge entwickelt sich erst allmälig zum completen Verschluss, der aber nicht in der Choanalebene, sondern etwa 10 mm vor derselben liegt. Diese Art der Verengerung, die er für angeboren hält, fasst der Verf. nicht als „atypisch" auf, wie Schwendt, der als das typische Vorkommniss den Verschluss durch eine in der Choanalebene liegende Platte annimmt, sondern er bleibt bei seiner früheren Anschauung, dass die Engen und Verschlüsse der Choanen nur verschiedene Intensitätsgrade derselben Deformität sind. F. KLEMPERER.

55) **J. H. Lowrey. Nasenbluten. (Bleeding from the nose.)** *N. Y. Medical Journal. 21. Juli 1894.*

In einem Briefe an den Herausgeber erklärt L. die subcutanen Injectionen von Ergotin für eines der brauchbarsten Mittel gegen Nasenbluten, ob dasselbe traumatischen Ursprungs oder durch Ulcerationen oder hämorrhagische Diathese bedingt ist. L. giebt 30 Tropfen des Fluid-Extract.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

56) **Tautil. Nasenbluten bei Greisen. (De l'epistaxis chez les vieillards.)** *Thèse de Paris. 1894.*

T. berichtet über 11 Fälle von Nasenbluten bei Greisen. Nach seinen Beobachtungen wären diese Blutungen im höheren Alter bei Frauen häufiger als bei Männern. Abgesehen von pathologischen Veränderungen, wie Herzfehlern, Leber- oder Nierenkrankheiten, scheinen die schlechte Ernährung der Gewebe und Veränderuugen der Gefässwände hierbei mitzusprechen. Veränderungen an der Nasenschleimhaut konnte der Verf. in keinem Falle constatiren. Durch subcutane Ergotininjectionen gelang es in allen Fällen die Blutung zu stillen. A. CARTAZ.

57) **Schwartz** (Paris). **Wiederholte Nasenblutungen infolge eines Schusses. (Epistaxis à répétition consécutives à un coup de feu.)** *Acad. de méd. 17. Juli 1894.*

Infolge eines doppelten Revolverschusses, den Pat. sich an der rechten Schläfe in einem Selbstmordversuch zugefügt hatte, bot derselbe, ausser vollständiger Blindheit des rechten Auges, Unbeweglichkeit des letzteren nach aussen nebst Dilatation der Pupille und Anosmie dar.

Erst fünf Wochen später traten reichliche Nasenblutungen auf. Nachdem sich das einfache Tamponiren als vollkommen unwirksam erwiesen hatte, schritt S. zur Ligatur der linken Carotis externa und nach Wiedererscheinen der Blutungen zur Ligatur der rechten. Die Blutung fuhr aber trotzdem unaufhörlich fort und Pat. verfiel trotz Injectionen von künstlichem Serum in einen solchen Zustand von Schwäche, dass er für verloren gehalten wurde. Als verzweifeltes Mittel schritt dann S. zur folgenden Operation. Mittelst einer tiefen, unter der Nase geführten Incision wurde letztere emporgehoben und die Nasenhöhlen breit geöffnet. Es wurden in der Tiefe beider Höhlen zwei breite Oeffnungen entdeckt, welche mittelst antiseptischer Gaze tamponirt wurden. Dann wurde die Nase in die normale Stellung zurückgeklappt und die Wunde vernäht. Es erfolgte Heilung per primam. Die Blutungen traten nicht wieder auf.

S. vermuthet, es habe sich in diesem Falle um eine Verletzung der Carotis in der Nähe der Keilbeinhöhle gehandelt. LUC.

58) **V. Galtier. Blutaustritt aus den Thränenpunkten im Verlaufe einer Nasenblutung nach Tamponade der Nasenhöhle. (Ecoulement de sang par les points lacrymaux, au cours d'une epistaxis à la suite du tamponnement des fosses nasales.)** *Lyon medical. 14. October 1894.*

Die Ueberschrift kennzeichnet den Fall zur Genüge. A CARTAZ.

59) **Liégeois** (Bainville). **Die Digitalis bei Blutspeien und Nasenbluten. (La digitale dans l'hémoptysie et l'epistaxis.)** *Journal des Praticiens. 3. October 1894.*

L. empfiehlt Digitalis bei der Hämoptoe der Tuberculösen; er giebt das Mittel in Pulverform oder als Infus. In einem Falle von hartnäckigem und recidivirendem Nasenbluten, bei dem weder durch Ergotin, noch mit Eisenchlorid- und Antipyrin- getränkten Tampons ein Erfolg erzielt wurde, stand die Blutung nach Anwendung von Digitalis. A. CARTAZ.

c. Mundrachenhöhle.

60) **A. A. H. Hamer** (Amsterdam). **Ueber Mundhygiene. (Over mondhygiene.)** *Medisch Weekblad. 1894. No. 16.*

Nichts Neues. H. BURGER.

61) **H. T. Bewley** (Dublin). **Cancrum oris bei einem Falle von Typhus. (A case of cancrum oris in typhoid fever.)** *Dublin Journal of Medical Sciences. August 1894.*

Nichts besonders Erwähnenswerthes. P. MC BRIDE.

62) **Rosenbach. Die Behandlung der Mundtrockenheit. (Care of the mouth in sick persons.)** *N. Y. Med. Record. 15. September 1894.*

R. stellt folgende Regeln auf: 1. Patienten mit guter Verdauung, ohne Fieber und ohne Coma erfordern nur die gewöhnliche Pflege des Mundes. 2. Bei Kindern und Greisen benöthigt der Mund um so sorgfältigere Pflege, je weniger sie compacte Nahrung nehmen können. Dieselben sollen den Tag über mehrmals den Mund mit lauwarmem Wasser ausspülen, dem behufs Anregung der Secretion ein wenig Kochsalz und etwas Myrrhentinctur oder Eau de Cologne zugesetzt ist. Wo Neigung zu Zahnfleischblutung oder schlechte Zähne bestehen, lässt man eine Messerspitze gepulverter Borsäure zweimal täglich zwischen Lippen und Zahnfleisch einreiben. Patienten mit faschen Zähnen sollen bei Appetitverlust oder chronischen Magenbeschwerden, wenn sie doch feste Nahrung nicht geniessen können, ihr Gebiss herausnehmen. 3. Bei Patienten mit theilweisem Bewusstseinsverlust soll der Mund mehrmals täglich auf kleine Geschwüre, wie sie durch Druck der Zähne auf die Lippen etc. entstehen, untersucht werden. Derartige wunde Stellen werden mit etwas Borsäure oder Kali chloricum eingepudert und auch die Risse an den Ecken der Lippen heilen schnell, wenn man sie mit einem Läppchen trocknet und mit Borsäure oder Vaselin behandelt. Die Schleimhaut wird etwas angeregt, wenn man Mund und Zunge auswischt und auch zwei- oder dreistündlich mit einem feuchten Tuche die Zunge etwas reibt und drückt und die hintere Zungenpartie kann man mit einem am Griff befestigten Wattetampon reinigen. Schläft der Patient mit offenem Munde, so soll man die Luft im Zimmer feucht erhalten. Auch eine Decke von feuchtem Musselin über dem Munde kann von Nutzen sein. 4. Fiebernde Patienten sollen mindestens 1stündl. zu trinken bekommen — klares Wasser oder schwache Limonade; man darf nicht warten, bis der Patient zu trinken verlangt. Neben der Verhütung von Trockenheit unterstützt die Flüssigkeitszufuhr auch die Thätigkeit der Drüsen und überhaupt die Function der Schleimhaut. Manche Patienten mögen nicht trinken wegen der Schmerzhaftigkeit ihrer trockenen und aufgesprungenen Lippen und deshalb ist es gut, allen fieberhaften Patienten vom Beginn ihrer Krankheit an die Lippen mehrmals täglich mit Vaselin oder Fett einzureiben. Bei protrahirtem Fieber soll man den ganzen Mund mit Oel, Fett oder stark verdünntem Glycerin auspinseln. LEFFERTS.

63) **Buisseret. Chirurgische Behandlung der Zahnfleischentzündungen. (Traitement chirurgical des gingivites.)** *Annales et Bulletin de la Soc. de Méd. de Gand. März 1894.*

Nichts von Belang. **BAYER.**

64) **Winkelmann** (Barmen). **Ein Fall von Stomatitis chronica mit tödtlichem Ausgang.** *Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie. XXXIX. 1. 2. 1894.*

In einem Falle von Stomatitis chronica mit Geschwürsbildung an der Zunge, Pharynx und schliesslichem Uebergang der Geschwüre auf den Kehlkopf züchtete W. einen Mikroorganismus, der die grösste Aehnlichkeit mit dem von Siegel bei Stomatitis epidemica gefundenen Bacillus aufwies. Die Behandlung hatte absolut keinen Erfolg, der Kranke ging, nachdem Durchfälle und fieberhafte Bronchitis hinzugekommen waren, an Erschöpfung zu Grunde. **SEIFERT.**

65) **Scheyer** (Berlin). **Ueber zoonotische Dermatose und Stomatitis.** *Dermat. Zeitschr. II. Bd. 1. Heft. 1894.*

Ein Arbeiter, welcher an Maul- und Klauenseuche erkrankte Kühe zu pflegen hatte, erkrankte nach einer Incubationszeit von 4 Tagen unter Fieber, Kopf- und Halsschmerzen, Stuhlverstopfung. Dann begann die Affection an den Händen, Lippen, Armen und Drüsen. Die Mundaffection bestand in einen allgemeinen Entzündung der Mundschleimhaut, der Mandeln und des Rachens und war eine geringfügige im Vergleich zu der Hautaffection. **SEIFERT.**

66) **Siegel. Die Mundseuche des Menschen und Maul- und Klauenseuche der Rinder.** *Deutsche med. Wochenschr. 1894. No. 18, 19.*

S., der eine sehr grosse Epidemie unter den Bewohnern eines grossen Vorortes von Berlin beobachtet hat, über welche früher berichtet ist, hält die Mundseuche des Menschen für durch denselben Mikroorganismus bedingt, wie die Klauenseuche der Rinder. Er giebt die nähere Charakteristik des betreffenden Bacteriums.

LANDGRAF.

67) **O. Rosenthal. Beitrag zu den blasenbildenden Affectionen der Mundschleimhaut.** *Deutsche med. Wochenschr. 1894. No. 26.*

R. hat 3 Fälle bei etwa 30jähr. Herren beobachtet, in welchen gleichzeitig mit Blasen an den Genitalien Blasen im Munde auftraten. Diese nahmen ein bläulich cyanotisches Gebiet ein und waren nach dem Gesunden hin durch einen deutlich markirten zinnoberrothen Rand abgegrenzt. R. schliesst daran differentialdiagnostische Erwägungen und stellt die Frage, ob es nicht richtiger sei, eine ganze Gruppe von pemphigoiden Erkrankungen in das Kapitel des Erythema exsudativum multiforme einzureihen. **LANDGRAF.**

68) **Rasch** (Kopenhagen). **Ueber multiple, benigne Papillome auf der Mundschleimhaut und ihre wahrscheinliche Entstehungsweise. (Om multiple benigne Papillomer paa Mundslimhinden og deres sandsynlige Oprindelse.)** *Hospitals-Tidende. 14. November 1894.*

Verf. beschreibt 2 Fälle (7jähriges und 6jähriges Mädchen), die beide seit

mehr als ein Jahr multiple papillomatöse Excrescenzen auf der Mundschleimhaut, besonders der inneren Seite der Unterlippe, an der Gingiva und der inneren Seite der Wangen hatten. Die Geschwülste traten in einer Anzahl von mehr als 100 auf; sie wurden durch Excision und Cauterisation entfernt.

Vf. meint, dass die Krankheit durch Ansteckung entstanden ist. Als Quelle werden Warzen an den Fingern angegeben. — Im letzten Falle war nachweisbar, dass das Mädchen die Gewohnheit hatte, am Zeigefinger der rechten Hand, dessen Spitze eine Warze trug, zu saugen. SCHMIEGELOW

69) **Ewald** (Wien). **Eine Operationsmethode des Carcinoms der Mundhöhlenschleimhaut** *Centralblatt f. Chirurgie. 45. 1894.*

Nur für den Chirurgen von Interesse. SEIFERT.

70) **J. W. Warren. Zur Ptyalogenfrage.** Nach Versuchen des Frl. Dr. C. W. Latimer vorläufig mitgetheilt. (Aus dem biologischen Laboratorium des Dr. Bryn Mawr in Pennsylvanien.) *Pflüger's Arch. 1894. LVI.*

Nachweis eines Zymogens (Vorstufe von Ferment) für die Speicheldrüsen des Ptyalogens. A. ROSENBERG.

71) **W. Ryder** (Kopenhagen). **Eine Stecknadel im Ductus Whartonianus. (Een Knappenaal gennem Ductus Whartonianus.)** *Hospitals-Tidende. 1894. S. 1167.*

Die Nadel war in die Mundhöhle hineingeschlüpft und hatte sich in dem Ductus Wh. versteckt; sie wurde nach Spaltung des Kanales extrahirt.

SCHMIEGELOW.

72) **Schilling** (Nürnberg). **Ein Speichelstein.** *Münchner medic. Wochenschrift. No. 9. 1894.*

Derselbe wurde aus dem rechten Ductus Wharton. operativ entfernt, er hatte die Grösse einer kleinen Kirsche und zu consecutiver Lymphdrüsenschwellung geführt. SCHECH.

73) **Massei** (Neapel). **Ueber eine neue Form von Glossitis. (Su di una nuova forma di glossite.)** *Arch. Ital. di Laring. 1894. No. 1.*

Unter diesem Titel veröffentlichte M. vor neun Jahren einen klinischen Aufsatz, worin er als Glossitis follicularis basica denjenigen Krankheitszustand beschrieb, welcher jetzt als acute Entzündung der Zungentonsille bekannt ist. M.'s Veröffentlichung war aber unbeachtet geblieben. Doch jetzt, nachdem Seifert die Bemerkung gemacht hat, dass „M. der Erste zu sein scheint, der die fragliche Krankheit beschrieben hat", freut M. sich der ihm zugestandenen Priorität, und veröffentlicht nochmals in extenso seinen früheren Aufsatz. TOTI.

74) **J. Rosenberg** (Hamburg). **Behandlung der Leucoplacie.** *Deutsche medicin. Wochenschr. 1894. No. 37. Münchner med. Wochenschr. No. 39. 1894.*

R. sah eklatanten Erfolg von energischer Einpinselung einer 20proc. Jodkalilösung bei einem Herrn, der 20 Jahre vorher ein Ulcus penis gehabt hatte ohne andere Folgeerscheinungen. LANDGRAF.

75) **Leistikow. Zur Behandlung der Leukoplakie.** *Monatsh. f. prakt. Dermat. XIX. 7. 1894.*

Für die L. der Zungen-Mundschleimhaut empfiehlt Verf. eine Resorcinpaste in folgender Zusammensetzung mittelst Wattebäuschchen mehrmals täglich aufzutragen: Terrae siliceae 1,5, Resorcin. 3,0, Adipis 0,5. M. f. pasta. Nach 8 bis 9 Tagen tritt Schrumpfung der Auflagerungen ein, die Hyperämie der betr. Stellen wird mittelst Perubalsam beseitigt. Bei Leukoplakia labialis wird nach 8tägiger Anwendung der Paste Zink- oder Zinkichthyolsalbenmull aufgelegt.

SEIFERT.

76) **Mendel. Syphilitische Zungenentzündung mit lenticulärer Leucoplakie. (Glossite syphilitique à leucoplasie lenticulaire.)** *Société française de dermat. 12. Juli 1894.*

Die Kranke, seit langem luetisch, zeigte eine an Lichen buccalis erinnernde Leukoplakie der Zunge, bestehend in linsengrossen isolirten weissen Fleckchen, die sich unter specifischer Behandlung bedeutend besserten.

A. CARTAZ.

77) **Sendziak** (Warschau). **Beitrag zur Aetiologie der sogenannten schwarzen Zunge.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. etc. No. 4.*

Mittheilung zweier Fälle, bei welchen sich eigenthümlich geformte Pilze mit Mycelien, fruchttragenden Fäden und Köpfen mit schwarzen Sporen vorfanden. Verfasser glaubt deshalb, dass die schwarze Zunge doch durch eine Pilzaffection verursacht sei.

SCHECH.

78) **Burn-Murdoch** (Edinburgh). **Hyperkeratosis der Papillae filiformes der Zunge. (Hyperkeratosis of the filiform papillae of the tongue.)** *Edinburgh Med. Journal. September 1894.*

Ein $^5/_8 \times 1^1/_2$ Zoll grosser, dunkelgefärbter Fleck am hinteren Drittel der Zunge fand sich mit haarähnlichen Körpern bedeckt; derselbe ragte etwa $^1/_4$ Zoll über die Oberfläche empor und fühlte sich hart an. Es wurden die Haare fortgeschnitten und der Fleck ausgeschabt. Die von Dr. Robertson vorgenommene Untersuchung der haarartigen Fäden ergab, dass es sich um verhornte und hypertrophische Papillen handelte.

P. MC BRIDE.

79) **G. Lewin. Aplasie der Zungenbalgdrüsen.** *Berliner klin. Wochenschrift. 1894. No. 5.*

L. machte auf die Aplasie der Zungenbalgdrüsen als diagnostisches Hülfsmittel für die Diagnose der Syphilis gelegentlich einer Krankenvorstellung aufmerksam.

LANDGRAF.

80) **F. J. Chamberlain. Hypertrophie der Zungentonsille. (Hypertrophy of lingual tonsil.)** *Virginia Med. Monthly. August 1894.*

Nichts von Interesse.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

81) **Marion. Erkrankungen der Zungentonsille mit besonderer Berücksichtigung ihrer acuten Entzündung. (Des affections de l'amygdale linguale et plus spécialement de l'amygdale aigue.)** *Thèse de Paris. 1894.*

Verf. giebt eine Uebersicht über die einschlägige Literatur und schliesst derselben zwei neue Beobachtungen an.

A. CARTAZ.

82) **Wertheimber. Ueber die erythematöse Zungenrandentzündung der Säuglinge.** *Münchner med. Wochenschr. No. 47. 1894.*

W. bezeichnet als Glossitis marginalis erythematosa eine Erkrankung der Zungenspitze, welche sich durch lebhafte Röthung, stärkeres Hervortreten der Papillen und theilweise Epithelentblössung kennzeichnet. Nach kurzer Zeit setzt sich die Affection auf die Randtheile der Zungenspitze fort, welche, deutlich angeschwollen, das Niveau ihrer Umgebung überragen und sich scharf durch Röthe abgrenzen; die Rückbildung erfolgt von der Zungenspitze aus, so dass gegen Ende der Erkrankung nur mehr an den beiden vorderen Randtheilen der Zunge inselförmig hervorragende geröthete Partien zurückbleiben, welche gleichfalls schwinden. Die Dauer der Affection beträgt 8—10 Tage, die Ursache liegt in mechanischer Reizung durch den Saugact. Die Behandlung hat in der Neubeschaffung weicher zarter Sauger mit weiter Oeffnung zu bestehen und in Bepinselung mit 4—5proc. Boraxlösung.

SCHECH.

83) **Dardignac. Ein Fall von lingualem Tuberculom; tuberculöser kalter Abscess der Zunge. (Un cas de tuberculome lingual; abscès froid tuberculeux de la langue.)** *Gaz. hebdomad. de méd. Paris. 25. August 1894.*

Der 22jähr. Soldat kam in's Lazareth wegen einer taubeneigrossen, glatten, rundlichen Geschwulst der Zunge, die nahe der Spitze vorn rechts sass. Der Tumor ist nirgends ulcerirt, von normaler Schleimhaut bedeckt. Er fühlt sich elastisch an. Der Allgemeinzustand des Pat. ist schlecht, derselbe magert ab. Bei der Punction der Geschwulst erhält man eine mucopurulente gelbliche Flüssigkeit. Nach wenigen Tagen ist der Tumor wieder gefüllt. Es folgt eine Incision mit Curettement. Kurz nachher treten Lungenerscheinungen mit Haemoptoe auf.

A. CARTAZ.

84) **H. Eickenbusch** (Bonn). **Ueber musculäre Makroglossie.** *Beitr. z. klin. Chirurgie. 1894. XI. 2.*

E. machte in 2 Fällen von Makroglossie die mikroskopische Untersuchung der durch Keilexcisionen entfernten Stücke. Im ersten fand er Hypertrophie und Hyperplasie der Muskelfasern neben spärlichem Vorhandensein von Bindegewebe und Gefässen; im zweiten erwies sich die Makroglossie als ein Hämotolymphangioma mixtum, theils simplex, theils cavernosum.

A. ROSENBERG.

85) **Ch. Debersasques** (Gent). **Makroglossie. (Makroglossie.)** *La Presse méd. Belge. No. 16. 1894.*

Fall von einem 7jährigen Jungen, bei welchem durch keilförmige Excision die degenerirte Partie mittelst der Scheere abgetragen ward; der Tumor erwies sich als Lymphangiom mit Hinneigung zur Elephantiasis cystica.

BAYER.

86) **Clark** (Glasgow). **Papillom der Zunge. (Papilloma of tongue.)** *Glasgow Med. Journal. August 1894.*

Demonstration des Präparates.

P. MC BRIDE.

87) **E. S. Perman** (Stockholm). **Ueber Zungensarkom mit einigen Worten über Pyoktaninbehandlung von bösartigen Neubildungen. (Om tungsarkom jemte naagra ord om pyoktaninbehandling af elakartade nybildningar.)** *Hygiea. April 1894. S. 367.*

Verf. berichtet über einen Fall von Sarcom der Zungenwurzel bei einer 34jährigen Frau. Da die Neubildung nur mittelst totaler Resection der Zunge operirt werden konnte, wurde von jeder Operation Abstand genommen und mit Pyoktanineinspritzungen (1—2 g in einer Lösung 1 : 500) angefangen (2. Februar 1893). Nach fünf Einspritzungen fing die Neubildung an zu schrumpfen. In Allem wurden 31 Einspritzungen (bis 26. April 1893) gemacht. Während dieser Zeit wurde der Tumor in mehreren Sitzungen zugleich caustisch behandelt. Kein Recidiv bis im April 1894.

Die Arbeit enthält ein Resumé der bis jetzt publicirten Fälle von Zungensarcom und fügt noch einen Fall von Hardie (Lancet. 1880. Vol. I. p. 789) den von Scheier (Berl. klin. Wochenschr. 1892. S. 584) gesammelten 17 Fällen zu, so dass es, den Scheier'schen und Perman'schen Fall mitgerechnet, insgesammt 20 publicirte Fälle giebt.

SCHMIEGELOW.

88) **P. Rossome. Epithelioma der Zunge und des Bodens der Mundhöhle. (Epithelioma de la langue et du plancher de la bouche.)** *La Presse méd. Belge. No. 2. 1894.*

Exstirpation des Epithelioms nach vorausgeschickter Tracheotomie. Tod an Schluckpneumonie 8 Tage darauf.

BAYER.

89) **Cecil Parser** (Sydney). **Aethylchlorid und Cocain bei kleineren chirurgischen Eingriffen. (Chloride of Ethyl and Cocaine in minor surgery.)** *Austral. Med. Gazette. 15. Juni 1894.*

Verf. berichtet über zwei Fälle von Excision der Zunge nach Whitehead's Methode, bei denen nur Cocainanaesthesie zur Anwendung kam. Der Erfolg war der beste; das Mittel wurde in zahlreichen Injectionen während der Dauer des Eingriffs gegeben, ohne dass irgend störende Symptome auftraten.

A. T. BRADY.

90) **H. Russell Nolan** (Toowoomba, Queensland). **Excision der Zunge wegen Krebs; seit 3 Jahren ohne Recidiv. (Excision of the tongue for cancer — no return after three years.)** *Austral. Med. Gazette. 15. Juli 1894.*

Patient, ein Mann von 54 Jahren, hatte Schmerzen in der rechten Seite der Zunge; beide Submaxillardrüsen waren geschwollen. Es wurde unter Chloroformnarkose die Tracheotomie gemacht, dann (während durch die Canüle weiter narkotisirt wurde) beide Submaxillardrüsen exstirpirt und die Lingualarterien unterbunden. Darauf wurde die Zunge vorgezogen, vom Mundboden mit der Scheere abpräparirt, soweit nach hinten als möglich abgebunden und exstirpirt. Die mikroskopische Untersuchung der Zunge ergab die Diagnose Epitheliom; in einer der Drüsen zeigte sich eine metastatische Neubildung derselben Zellenart. — Der Pat. ist seit 3 Jahren recht wohl und spricht sehr gut verständlich.

A. T. BRADY.

91) **J. N. Cotterill** (Edinburgh). **Excision der Zunge. (Excision of tongue.)** *Edinburgh Med. Journal. Juli 1894.*

Vorstellung des Falles. P. MC BRIDE.

d. Diphtheritis und Croup.

92) **Lewis Smith. Zeit und Modus der Einführung unserer Kinderkrankheiten in Amerika. (The times and modes of the introduction of the lactic diseases of children into America)** *Americ. Journal of Med. Sciences. März 1894.*

Eine historische Skizze über das Auftreten der Diphtheritis in Amerika.

P. MC BRIDE.

93) **Burnevich. Beitrag zur Aetiologie der Diphtheritis. (Contribution à l'etiologie de la diphthérie.)** *Annales et Bulletin de la Soc. de méd. de Gand. Mai 1894.*

B. spricht sich für die Uebertragbarkeit der Diphtherie vom Geflügel auf die Menschen aus und führt als Beleg einen exquisiten Fall an, bei welchem alle Anzeichen dafür sprechen und nur zu bedauern ist, dass nicht bakteriologisch die Identität der Hühnerdiphtheritis mit der des betreffenden Knaben constatirt wurde.

BAYER.

94) **Schrevens. Ueber die Beziehungen der Vogeldiphtheritis zur menschlichen. (Sur les rapports de la diphthérie aviaire avec la diphthérie humaine.)** *La Presse méd. Belge. No. 33. 1894.*

In einem Vortrag vor der Königl. Academie der Medicin spricht Sch. den italienischen Hühnern und Kampfhähnen in der Pathogenie der menschlichen Diphtheritis einen grossen Antheil zu, indem die diphtheritischen Keime in der Vogeldiphtheritis präexistirten, worauf ihm der Bakteriologe Van Ermengem erwidert, dass man bei der Vogeldiphtheritis nie den Löffler'schen Bacillus vorgefunden habe; es seien dies vielmehr zwei ätiologisch ganz verschiedene Krankheiten und die Schlüsse Sch.'s beruhten auf einem reinen „post hoc ergo propter hoc.“ BAYER.

95) **E. Kohn** (Wien). **Schulhygiene und Diphtheritis.** Vortrag, geh. in der Gesellschaft der Aerzte am 25. Mai 1894. — *Wiener klinische Wochenschr. 1894. No. 22. Wiener med. Blätter. 1894. No. 22.*

Um die Weiterverbreitung der Diphtheritis unter den Schulkindern und durch die Schule zu verhindern, schlägt K. vor, alle Schulkinder nach dem Unterrichte mit einem Spray von Kali hypermang.-Lösung zu behandeln. K. scheint aber Röthung des Gaumens und der Mandeln schon als Anzeichen der Diphtheritis zu betrachten. Das warfen ihm auch Eisenschitz und Paltauf vor, die zugleich die Wirksamkeit des obigen Sprays sehr in Zweifel zogen. (Bis jetzt besteht die Vorschrift, dass die Sitznachbarn eines an D. erkrankten Schulkindes 14 Tage nicht die Schule besuchen dürfen, und dass die Schule auf 14 Tage ge-

schlossen wird, wenn 2 Fälle von D. unter den Schülern auftraten. Anmerkung des Refer.) CHIARI.

96) **E. Kohn** (Wien). **Diphtheritis und Schulhygiene.** Vortrag, geh. in der Gesellschaft d. Aerzte in Wien am 25. Mai 1894. — *Wiener klin. Wochenschrift. 1894. No. 33 u. 34.*

K. unterscheidet 4 Kategorien von D.: 1. hochgradige locale und allgemeine Symptome; 2. hochgradige locale und leichte allgemeine; 3. geringe locale und schwere allgemeine; 4. geringe locale und allgemeine Symptome.

Diese schon lange bekannte Eintheilung gründet er auf verschiedene Virulenz der Bacillen und verschiedene Disposition der Erkrankten. Da nun Schulkinder häufig leichte catarrhalische Erkrankungen des Rachens und Velums haben, und an solchen Schleimhäuten die Bacillen leichter haften, räth er, alle Kinder vor dem Verlassen der Schule mit einem Spray von schwachen Lösungen von Kali hypermanganicum den Rachen reinigen zu lassen. Bei der Discussion i. d. G. d. A. wurde die Unwirksamkeit einer solchen Inhalation hervorgehoben.

CHIARI.

97) **Schlossmann** (Dresden). **Diphtherie und Diphtheriebacillus.** Klinische Zeit- und Streitfragen. Wien 1894. Alfred Hölder.

Nach kurzer historischer Einleitung betont Schl. die Wichtigkeit der bakteriologischen Diagnose der Frühformen. Dieselbe ist die einzig sichere Methode und ergab bis 1890 in 473 Fällen 450 positive Resultate und zwar bei den verschiedensten Aerzten. Seither hat sich die Zahl der Berichte darüber sehr vermehrt; fast immer liess sich der Klebs-Löffler'sche Bacillus culturell nachweisen. Derselbe ist sicher der specifische Erreger der Diphtherie und fehlt bei allen anderen Anginen. Es sollte daher jeder verdächtige Fall durch Entnahme eines Membranstückchens oder von Schleim der Mandeln geprüft werden. Sechs Stunden nach Einlegen in Löffler's Blutserumröhrchen bilden sich im Brütofen zahlreiche Colonien, die sicher zu erkennen sind. Nicht so sicher ist die einfache mikroskopische Untersuchung. So kann jeder praktische Arzt schnell zur Diagnose gelangen, den Fall isoliren und gleich energisch behandeln. Geheilt ist erst jener Fall, der keine Bacillen mehr zeigt. Möchten doch alle Aerzte diese Vorschläge beherzigen; wenigstens wären die dazu verpflichtet, welche bakteriologische und pathologische Institute an ihrem Wohnsitze haben. Für die anderen nicht so glücklich situirten Collegen dürfte die bakteriologische Diagnose oft unüberwindliche Schwierigkeiten bieten. Ihnen bleibt nichts übrig, als jeden Fall von Angina mit Belag als Diphtherie zu behandeln und streng zu isoliren und zwar auch noch einige Zeit nach Abstossung der Membranen. Die praktischen Rathschläge des Verfassers über die Art der Entnahme der Membranen, ihre Präparation, Untersuchung und Cultivirung sind im Originale nachzulesen. CHIARI.

98) **R. H. Grube. Diphtheritis. (Diphtheria.)** *Pittsburgh Medical Review. April 1894.*

Der Verf. plaidirt für die Errichtung von Laboratorien auf öffentliche Kosten,

in denen Culturröhrchen und Versuchsthiere vorräthig gehalten werden, wie dies in New-York von der Gesundheitsbehörde bereits durchgeführt ist.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

99) **Henry Koplik. Acute lacunäre Diphtherie der Tonsillen, mit Untersuchungen über die Beziehungen des echten zum Pseudo-Diphtheriebacillus. (Acute lacunar diphtheria of the tonsils with studies on the relation of the real to the pseudo-bacillus diphtheriae.)** *N. Y. Med. Journal. 10. März 1894.*

K. erinnert an die Stöhr'schen Anschauungen vom Wandern der Leukocyten an die Oberfläche der Tonsillen und in die Lacunen, wo sie Bakterienkeime aufnehmen und vernichten können. Er denkt weiter an die von Nutall, Buchner, Prudden u. A. nachgewiesene baktericide Kraft der Blutlymphe oder des Serums. Bei der Untersuchung lacunärer Pfröpfe fand er öfters Leukocyten, die Kokken und Bacillen zu enthalten schienen. Er ist der Ansicht, dass die wochenlange Retention des Diphtheriebacillus in der Tiefe der Lacunen unter der intimen Einwirkung der obengenannten beiden Factoren, der Serum- und der Leukocytenactivität, wohl nicht ohne Wirkung bleibt auf eine Lebensäusserung des Diphtheriebacillus, nämlich auf seine Virulenz. Vielleicht wird auf diese Weise der echte zum Pseudodiphtheriebacillus.

LEFFERTS.

100) **R. M. Tooker. Die Aetiologie der Diphtheritis. (The etiology of diphtheria.)** *North Am. Journ. of Homoeopathy. April 1894.*

Bei weitem die gewöhnlichste prädisponirende Ursache für die Erkrankung ist die Erkältung. Ihr eigentlicher Urheber aber ist ein Gift, dessen Ursprung und Wesen noch heute so unbekannt ist, wie zur Zeit Hippokrates' und Galen's.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

101) **Leitartikel. Die verschiedenen Varietäten von Anginen mit membranösem Exsudat. (Des diverses variétés d'angines à exsudats membraneux.)** *Rev. méd. No. 5. 1894.*

Analyse der Arbeit von Dr. Chaillon u. Martin.

BAYER.

102) **D. W. Horning. Sogenannte Diphtheritis. (Diphtheria; so-called.)** *Minneopolis Homoeopathic Magazine. März 1894.*

Verf. bespricht einige differentialdiagnotisch gegenüber der folliculären Tonsillitis wichtige Symptome.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

103) **Kutscher** (Giessen). **Der Nachweis der Diphtheriebacillen in den Lungen mehrerer an Diphtherie verstorbener Kinder durch gefärbte Schnittpräparate.** *Zeitschr. f. Hygiene. XVIII. 1. 1894.*

Mit Hülfe einer Modification des Gram'schen Verfahrens gelang es K. in bronchopneumatischen Herden Diphtheriebacillen nachzuweisen, theils eingeschlossen, theils frei zu kleinen Häufchen vereinigt.

Diese Bacillen können entweder aspirirt werden oder auf dem Wege der Lymphbahnen eindringen, oder es kann die Infection eine gemischte (Aspiration und Eindringen durch die Lymphbahnen) sein. Die in die Lungen eingedrungenen

Bacillen können hier Läsionen bewirken, welche für den Verlauf der Krankheit das ausschlaggebende Moment zu sein vermögen. SEIFERT.

104) **Dobson. Recidive von Diphtheritis. (Recurrence of diphtheria.)** *British Med. Journal. 21. April 1894.*

Zwei Kinder, welche im December Diphtherie gehabt hatten, erkrankten von Neuem an der Krankheit, das eine im Februar, das zweite im März. In beiden Fällen trat Albuminurie und Parese der Augen- und Rachenmuskeln ein; beide endigten in Heilung. ADOLPH BRONNER.

105) **H. W. Brazie. Diphtheritis. (Diphtheria.)** *Minneopolis Homoeopathic Magazine. März 1894.*

Nichts Neues. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

106) **G. H. Treadgold. Persönliche Erfahrungen über Diphtheritis. (Personal experience with diphtheria)** *Med. World. März 1894.*

Ver. berichtet ausführlich über seine eigene Erkrankung; etwas wesentlich Neues ist nicht in seinen Angaben enthalten. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

107) **F. H. Field. Ein Fall von Diphtheritis eröffnet durch ungewöhnliche Symptome. (A case of diphtheria preceded by unusual symptoms.)** *N. Y. Med. Journal. 17. März 1894.*

Augenscheinlich ging der Diphtherie eine capilläre Bronchitis voran.

LEFFERTS.

108) **Aufrecht** (Magdeburg). **Ueber eine lebensgefährliche Früh-Complication der Rachendiphtherie.** *Therap. Monatsh. 1894. März.*

Es ist das eine foudroyante parenchymatöse Nephritis, deren wesentliches anatomisches Criterium in einer Verstopfung der Henle'schen schleifenförmigen Nierencanälchen durch Cylinder mit consecutiver Stauung in den Canälchen der Nierenrinde resp. Erweiterung dieser Canälchen besteht. — Man muss frühzeitig den Harn untersuchen, bei der Diphtherie sowohl wie bei Angina und insbesondere, wenn grosse Unruhe bei benommenem Sensorium und hoher Pulsfrequenz besteht. Ist Eiweiss vorhanden, so reiche man reichliche Quantitäten eines alkalisch-salinischen Wassers (Wildunger Helenenquelle). A. ROSENBERG.

109) **Redactionelle Bemerkung. Diphtheritische Lähmung. (Diphtheritic paralysis.)** *Boston Med. and Surg. Journal. 1. Februar 1894.*

Ein Referat über H. Bourges: La diphthérie, Paris 1893.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

110) **W. R. Townsend. Diphtheritische Lähmung der Halsmuskeln. (Diphtheritic paralysis of the neck muscles.)** *N. Y. Med. Journal. 24. Februar 1894.*

Krankengeschichte eines Falles; nichts Neues. LEFFERTS.

111) **A. Jacobi. Die Lokalbehandlung der Diphtheritis. (The local treatment of diphtheria.)** *N. Y. Med. Journal. 10. Februar 1894.*

Verf. ist der Ansicht, dass man die Lokaltherapie der Diphtherie am besten

an der Wunddiphtherie oder der Vaginaldiphtherie studiren könne. Pulver will Verf. bei der Larynxdiphtherie nicht angewandt wissen, da sie leicht Uebligkeit hervorrufen. Aus demselben Grunde sollen alle schlechtschmeckenden Medicinen vermieden werden. Gurgelwässer können ihre Wirksamkeit nur bis an die untere Grenze der Gaumenbögen hin entfalten; deshalb sind sie auch in so vielen Fällen nutzlos. Die Gefahren der Diphtherie sind: erstens die Erstickungsgefahr; dann Herzschwäche und Erschöpfung; und drittens die Sepsis. Sepsis und letalen Ausgang beobachtete Verf. gewöhnlich in Fällen, in denen die Nase afficirt war. Die diphtheritischen Membranen sollen zerstört werden durch lokale Applicationen eines Gemisches von gleichen Theilen Carbolsäure und Glycerin, das stärker wirkt als Chlorwasser. Im Allgemeinen aber sind Localapplicationen nur bei Erwachsenen und grösseren Kindern vorzunehmen. Kleinere Kinder sträuben sich dagegen und werden durch ihre Abwehrbemühungen leicht erschöpft. Es verdient dieser Punkt ernste Beachtung, besonders bei kleinen und schwerkranken Kindern. Ueberdies kann man in diesen Fällen doch zumeist nur bis an die Tonsillen reichen und diese sind für gewöhnlich gar nicht die Eingangspforte für die Sepsis. Besser ist es, den kleinen Kindern innerliche Medicamente zu geben, die leicht resorbirt werden, Eisen-, Quecksilber-, Chlor- und Jodpräparate. Die Form der Diphtherie, die Verf. als die gefährlichste erscheint, ist die, bei der die Nase und der Nasopharynx ergriffen werden. In manchen Fällen ist die diphtheritische Membran fest, in andern weich und leicht macerirt; in den Fällen der letzteren Art kommt das Virus leichter zur Resorption. Der Verf. geht nach diesen Bemerkungen auf die einzelnen Mittel und ihren therapeutischen Effect ausführlich ein.

LEFFERTS.

112) **Fraser. Weitere Fälle von Diphtheritis, die mit localer Application von sublimirtem Schwefel erfolgreich behandelt wurden. (Further cases of diphtheria successfully treated by the local application of sublimed sulphur)** *Brit. Med. Journal. 3. März 1894.*

Seit seiner letzten Mittheilung (B. M. J. 4. November 1893) hat Verf. 6 sehr schwere Fälle behandelt. Der Schwefel wurde mittelst des Insufflators applicirt oder „während der Pat. zurückgebeugt war, in den Hals gewissermaasen hineingeschüttet“ und zwar mehrmals am Tage. Ausserdem wurde intern eine Lösung von Eisenchlorid und Glycerin und in möglichster Menge flüssige Nahrung gegeben. Fünf Fälle (4 Kinder und 1 Erwachsener) wurden gesund, 1 Kind starb. In dem letzteren Falle wurde nur ein kleines Stückchen diphtheritischer Membran und zwar erst nach 14 Tagen in der Tiefe des Kehlkopfs entdeckt. Fraser ist der Ansicht, dass, „wäre die Membran früher erschienen, das Kind hätte gerettet werden können.“ (?)

ADOLPH BRONNER.

113) **Bäumler** (Freiburg). **Ueber den Werth lokaler Application von sublimirtem Schwefel bei Diphtherie. (On the use of sublimed sulphur as a local application in diphtheria.)** *Brit. Med. Journal. 3. März 1894.*

Verf. applicirt rohen sublimirten Schwefel mittelst eines grossen weichen Pinsels oder mit dem Insufflator. Bei frischen Fällen von diphtheritischer Halserkrankung oder lacunärer Tonsillitis genügen 2—3 Applicationen pro Tag; in

vorgeschrittenen Fällen wiederhole man dieselben häufiger. Selbst in Fällen, in denen Gangrän der Uvula oder des weichen Gaumens unvermeidlich schien, stiess sich die Membran bald ab und die Schwellung ging zurück. Die Schwefel-Applicationen schienen eine Injection der Schleimhaut am Rande der Exsudation hervorzurufen. Ihre Wirkung ist eine rein lokale. Deshalb giebt Verf. ausser ihnen noch ein Gurgelwasser von hypermangansaurem Kalium und sorgt für die Allgemeinbehandlung durch kalte Bäder und kräftige Ernährung ev. per rectum.

ADOLPH BRONNER.

114) **V. E. Lawrence. Calciumjodid bei Croup. (Jodide of lime in Croup.)** *Brooklyn Med. Journal. März 1894.*

L. lässt 0,6 Calciumjodid in 120 Wasser lösen und giebt davon 1 oder 2 Theelöffel voll alle 15, 30 oder 60 Minuten, je nach der Schwere der Symptome, bis der trockene Husten zu einem feuchten wird. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

115) **W. K. Morris. Methylenblau bei Diphtheritis. (Methylene Blue in diphtheria.)** *Med. World. März 1894.*

Verf. empfiehlt eine wässerige Lösung, die 1stdlch. zu appliciren ist. Beim Gebrauch derselben sollen alle anderen Mittel entbehrlich werden.

W. J. SWIFT (LEFFERTS.)

116) **H. M. Bronson. Ammonium causticum bei membranösem Croup. (Ammonium causticum in membranous croup.)** *North Am. Journ. of Homoeopath. März 1894.*

Die Versuche mit Ammonium causticum ergaben eine bemerkenswerthe Tendenz desselben zur Bildung von Pseudomembranen; ferner aber zeigt sich, dass ein Stückchen diphtheritischer Membran in einer Lösung dieses Mittels innerhalb 12 Minuten sich löst. Das Ammonium causticum bringt dementsprechend bei Diphtherie Besserung, wo es sich um Pseudomembranen in den Luftwegen handelt; auf die Membran allein aber macht sich eine Einwirkung geltend, nicht auf die Allgemeinerkrankung und der Pat. kann an Blutvergiftung sterben. Beim membranösen Croup erfolgt alsbald nach Beseitigung der Membran Heilung.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

117) **A. L. Wilson. Die Behandlung der Diphtherie. (Treatment of diphtheria.)** *Indiana Med. Journal. April 1894.*

Nichts Neues. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

118) **Wm. C. Dabney. Die Verabreichung von Sublimat in Glycerin als Prophylacticum gegen Diphtherie. (The administration of a glycerin solution of mercuric chlorid as a prophylactic measure against diphtheria.)** *Philad. Med. News. 17. Februar 1894.*

Das Sublimat dient als baktericides Mittel; Glycerin wird als Vehikel gewählt, weil es gut in die Schleimhaut eindringt und auf diese Weise das Sublimat in engen Contact mit derselben bringt. Gewöhnlich giebt D. 0,0005 bis 0,001 Sublimat in 1 Theelöffel Glycerin 3stdlch. Mindestens $^1/_2$ Stunde lang nach dem Medicament soll das Kind nichts anderes schlucken. Mit Wasser wird die Gly-

cerinlösung nicht verdünnt. Eine Zeitlang setzte Verf. dem Gemisch von Quecksilber und Glycerin noch Eisentinctur zu; dann aber muss mit Wasser verdünnt werden, wodurch die örtliche Wirkung des Mittels natürlich verringert wird; deshalb lässt D. das Eisen jetzt, wo er prophylactisch wirken will, fort.

In Fällen von bereits ausgebildeter Diphtherie benutzt D. seit Jahren einen Spray von H_2O_2 — 1 Theil Wasserstoffsuperoxyd auf 4 Wasser — und giebt danach die Lösung von Sublimat und Tct. ferri muriat. in Glycerin. Vielleicht ist es noch besser, das Sublimat und das Eisen getrennt zu geben, weil man dann von der Verdünnung mit Wasser absehen und so das Mittel länger in Contact mit der Rachenschleimhaut erhalten kann. LEFFERTS.

119) **E. Hubert. Behandlung der Diphtheritis mit Sublimat und Tannin. (Traitement de la diphthérie par le sublimé et le tannin.)** *Revue médicale. No. 3. 1894.*

H. spricht der Tanninbehandlung mit Irrigationen, der Sublimatbehandlung mit Betupfen gegenüber — das Wort, weil jene ihren Zweck vollkommen sicher und auf unschädliche Weise erfülle, wodurch er jedoch die Sublimatbehandlung nicht absolut verwerfen wolle. BAYNER.

120) **Arsène Le Gendre. Die Behandlung der Diphtherie mittelst Sublimat. (Traitement de la diphthérie par le sublimé.)** *Thèse de Paris. 1894.*

Verf. schlägt als Mittel gegen die Diphtherie den Gebrauch einer Lösung von Sublimat $^1/_{20}$ oder $^1/_{30}$ in Glycerin vor. Nach Reinigung des Halses durch antiseptische Ausspülungen drückt er einen in dieser Lösung getränkten Wattetampon gegen die afficirten Partien; dies wird 2—3mal in 24 Stunden wiederholt. Von 42 Fällen von Diphtherie (18 toxische Anginen, 5 schwere und 19 leichte Anginen) wurden 29 geheilt. A. CARTAZ.

121) **B. R. Kohler. Gegen den Gebrauch des Bürstenpinsels bei der Diphtheritis. (Against the use of the swab in diphtheria.)** *Med. World. März 1894.*

Der Gebrauch dieses Instruments hat die Gefahr, dass man die Oberfläche im Halse wund reibt und so neue Strecken dem exsudativen Process eröffnet. K. nimmt an, dass auf diesem Wege die Krankheit in den Larynx übertragen worden ist. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

122) **Philipps. Tracheotomie wegen diphtheritischer Stenose bei einem 12monatlichen Kinde; Heilung. (Tracheotomy for diphtheritic obstruction in a child 12 months old. Recovery.)** *Lancet. 13. März 1894.*

Die Operation wurde am 2. Tage gemacht. Die Kanüle wurde nach 17 Tagen entfernt, musste aber wieder eingelegt werden. Erst am 30. Tage konnte man sie endgültig entfernen und die Wunde schliessen. ADOLPH BRONNER.

123) **Wassermann** (Berlin). **Ueber Concentrirung der Diphtherieantitoxine aus der Milch immunisirter Thiere.** *Zeitschr. f. Hygiene. XVIII. 2. 1894.*

Die von W. angegebene Methode der Concentration von Diphtherieantitoxinen aus der Milch eignet sich nicht für ein kurzes Referat. SEIFERT.

124) **Ehrlich** u. **Wassermann** (Berlin). **Ueber die Gewinnung der Diphtherie-Antitoxine aus Blutserum und Milch immunisirter Thiere.** *Zeitschr. f. Hygiene. XVIII. 2. 1894.*

Schon die ersten Versuche (Sommer 1892) ergaben, dass die Ziegen relativ leicht gegen Diphtherie geschützt werden können und dass die specifischen Schutz- und Heilstoffe der Diphtherie in die Milch übergehen und dass schliesslich mit der Steigerung der Immunität auch die Schutzkraft der Milch wächst. Eine Verwerthung der Milch in grösserem Maassstabe kann aber nur dann erfolgen, wenn sehr hohe Immunitätsgrade bei den Thieren erreicht sind. Auch bei einer Kuh wurde ein so hoher Grad der Immunität erreicht, dass 0,1 ccm der Milch gegen 0,9 Gift schützte. SEIFERT.

125) **Ehrlich** u. **Kossel** (Berlin). **Ueber die Anwendung des Diphtherieantitoxins.** *Zeitschr. f. Hygiene. XVII. 3. 1894.*

Die Beobachtungen der beiden Autoren haben ergeben, dass bei einfachen und frischen Fällen der ersten zwei Krankheitstage 200 Immunisirungseinheiten am ersten und ebensoviel am zweiten Tage ausreichen werden, dass dagegen bei Tracheotomirten und bei Fällen mit schweren Allgemeinerscheinungen die Anfangsdosis mindestens 400 Immunisirungseinheiten betragen müsse, denen nöthigenfalls noch im Laufe desselben Tages die gleiche Menge nachgeschickt werden muss. Diese Dosen beziehen sich nur auf Kinder, bei Erwachsenen müssen noch grössere Mengen verwandt werden. SEIFERT.

126) **Toti. Die Frage auf der Tagesordnung. (La questione all'ordine del giorno.)** *Rivista delle mal. della gola etc. 1894. No. 10.*

Ein Uebersichtsartikel über die Frage der Diphtheriebehandlung mit Heilserum, mit Zugrundelegung der letzten Veröffentlichungen und Mittheilungen über diesen Gegenstand. TOTI.

127) **O. Katz. Antitoxinbehandlung der Diphtherie. (Cura della difterite coll'antitossina.)** *Rivista delle mal. della gola. 1894. No. 10.*

Eine Mittheilung, die in der med. Gesellschaft zu Berlin den 27. Juni gemacht und auch in der Berl. klin. Wochenschr. veröffentlicht wurde. TOTI.

128) **Goffin. Ein Fall von diphtheritischem Croup geheilt nach der Methode des Dr. Roux. (Un cas de croup diphthéritique guéri par la méthode du Dr. Roux.)** *Journal de la Policlinique de Namur. No. 14. 1894.*

Drei diphtheritiskranke Kinder in einer Familie, von denen das erste starb, die beiden anderen mit Injectionen von antidiphtheritischem Serum, Darreichung von Tonicis und leichten Brechmitteln behandelt und curirt wurden. Beim Erbrechen wurden falsche Membranen ausgestossen. BAYER.

129) **T. Eastes. Diphtheritis geheilt mit Antitoxin. (Diphtheria cured by Antitoxin.)** *Brit. Med. Journ. 21. Juli 1894.*

Ein Mädchen von 10 Jahren wurde 2 Tage an Diphtheritis behandelt; die Mandeln waren stark geschwollen und mit Membranen bedeckt. 5 ccm von Aron-

son's Diphtherie-Antitoxin wurden injicirt. Am nächsten Tage waren die Mandeln kleiner und Demarcation war eingetreten. Am 4. Tage waren die Mandeln wieder normal.
ADOLPH BRONNER.

130) **G. Shill. Diphtheritis behandelt mit Antitoxin. (Diphtheria treated by Antitoxin.)** *Brit. Med. Journ. 28. Juli 1894.*

Ein Knabe von 3 Jahren hatte eine Membran auf der rechten Mandel und starke Dyspnoe. 11 Tropfen Antitoxin wurden injicirt; nach 2 Stunden war das Kind viel besser. Temperatur auf 37,3 von 39,5. Am nächsten Abend bestand wieder grössere Dyspnoe; es wurden 8 Tropfen injicirt. Von jetzt an stetige Besserung. Nach 7 Tagen verschwand die Membran. Cultur-Versuche sicherten die Diagnose.
ADOLPH BRONNER.

131) **H. Walker, G. Waylen, E. Caudwell. Die Antitoxin-Behandlung der Diphtheritis. (The antitoxin treatment of diphtheria.)** *Brit. Med. Journal. 18. August 1894.*

Jeder der Autoren berichtet über einen Fall. In allen erfolgte Genesung. Einige Stunden nach der Injection war schon bedeutende Besserung zu constatiren.
ADOLPH BRONNER.

132) **M. Funck. Die Heilung der Diphtherie vermittelst der Serotherapie. (La guérison de la diphtérie au moyen de la serothérapie.)** *Journal de méd., de chir. et de pharmacol. No. 40. 1894.*

Leitartikel, welcher die Literatur über den Gegenstand resumirt. BAYER.

133) **Charon. Ueber die Diphtheriebehandlung mit dem Antitoxinserum. (Du traitement de la diphtérie par le serum d'antitoxine.)** *Journal de méd., de chir. et annales. Tome III. Fasc. 4. 1894.*

Beobachtung von 13 Fällen, welche mit der Serotherapie behandelt worden waren. 4 Todte. Protokoll der Autopsien der letzteren. Reflexionen.
BAYER.

134) **Leitartikel. Behandlung der Diphtheritis. (Traitement de la diphtérie.)** *Revue méd. No. 2 u. 4. 1894.*

Leitartikel, in welchem die Serotherapie als Allgemeinbehandlung der Diphtherie und die Localbehandlung derselben besprochen werden. Eingehende Anführung der Roux'schen Methode.
BAYER.

135) **Hager** (Magdeburg). **Ueber Anwendung des Diphtherie-Heilserums.** *Centralbl. f. innere Med. 48. 1894.*

Von 25 mit Heilserum behandelten Kindern (im Alter von 8 Monaten bis zu 16 Jahren) starb 1 an Schwäche und Bronchitis, wahrscheinlich Mischinfection. Unter den 24 Genesungen waren 8 leichte, 6 mittelschwere und 10 schwere Fälle. Bei 3 Kindern war der Process bereits in die Bronchien hinabgestiegen, eines von diesen Kindern blieb nachher mit einer Lähmung des Velum behaftet, die gleiche Nachkrankheit, aber von längerer Dauer, stellte sich noch in einem anderen Falle ein. Nachtheile der Serumbehandlung wurden nicht gesehen.
SEIFERT.

136) **Möller** (Magdeburg). **Einige kurze Bemerkungen über die Erfolge mit Heilserum auf der Diphtheriestation des Krankenhauses Magdeburg-Altstadt.** *Centralbl. f. innere Med. 48. 1894.*

Die Tabellen bieten sehr interessante Ergebnisse, einmal erweisen sie die Zunahme der Diphtheriestation im Krankenhause, ferner in Procenten die Sterblichkeit nach Tracheotomien. Aus der letztgenannten Tabelle ergiebt sich, dass eine so niedrige Sterblichkeitsziffer wie unter der Serumbehandlung (39 pCt.) vorher nie erreicht worden war, wenngleich einzelne der früheren Ziffern dieser letzteren schon ziemlich nahe gekommen waren (z. B. 1891/92 = 48,6 pCt.). Bei 42 pCt. aller Gespritzten wurde Albumen constatirt, in 6 Fällen Urticaria, von den Zwecks Immunisirung gespritzten Kindern wurde eines am 3. Tage nach der Einspritzung an Diphtherie erkrankt eingeliefert. SEIFERT.

137) **Oppenheimer. Ein Fall von septischer Diphtherie mit Behring's Antitoxin behandelt. Exitus letalis.** *Münchner med. Wochenschr. No. 43. 1894.*

Der Titel besagt Alles. SCHECH.

138) **Kossel** (Berlin). **Ueber die Behandlung der Diphtherie des Menschen mit Diphtherieheilserum.** *Zeitschr. f. Hygiene. XVII. 3. 1894.*

Bericht über 233 theils im Institut für Infectionskrankheiten, theils in anderen Berliner Krankenhäusern mit Heilserum behandelte Kinder; von diesen wurden 179 = 77 pCt. geheilt. Tracheotomirt wurden 72 mit 70 pCt. Heilungen. Von 78 Kindern, welche in den beiden ersten Tagen zur Behandlung kamen, starben 2 (2,5 pCt.)nämlich eines an doppelseitiger Pneumonie, das andere im Beginne eines Recidivs. Die Einverleibung des Serums geschah subcutan, häufig trat nach der Einspritzung eine urticariaähnliche Anschwellung auf. Zeigte der Kehlkopf zur Zeit des Eingriffs keine Erkrankung, so wurde er auch nachher nicht ergriffen. Bei 31 Kindern, welche im Beginne der Behandlung Erscheinungen von Seiten des Kehlkopfes boten, machte sich eine Operation nicht nothwendig. Objective Anzeichen für die Einwirkung des Antitoxin auf den allgemeinen Zustand sind Sinken der Temperatur und der Pulsfrequenz sowie Besserung des Allgemeinbefindens. Der Abfall der Temperatur und des Pulses bleiben aus, wenn es sich um eine Mischinfection handelt. SEIFERT.

c. Kehlkopf und Luftröhre.

139) **Redactionelle Notiz. Die Bildung einer neuen Epiglottis. (The formation of a new epiglottis.)** *Phil. Med. News. 30. Juni 1894.*

Dr. W. S. Huselton (Allegheny Pa.) beschreibt in der Pittsburgh Medical Review vom Mai 1894 einen sehr bemerkenswerthen Fall von Bildung einer neuen Epiglottis nach vollständiger Zerstörung der alten. Er berichtet darüber folgendes: „Die ursprüngliche Epiglottis war aus ihrer Verbindung mit dem Larynx gelöst und ganz nach oben gedreht, wo sie ruhig lag, ohne an der Respiration oder am Schlucken noch irgendwie theilzunehmen. So lag der Aditus ad laryngem voll-

ständig frei und offen da und wenn Pat. schluckte oder trank, war es reine Glückssache, ob die Nahrung in Magen oder Lunge oder auch in beide gelangte. Am interessantesten und bemerkenswerthesten nun war es zu sehen, wie die Epiglottis sich ersetzte. Ein künstlicher Ersatz schien nicht möglich, nirgends fand sich Material dazu. Die Natur selbst half sich. Es bildete sich eine neue Epiglottis, die allmälig wuchs und eine der normalen ähnliche Gestalt annahm und schliesslich auch in die Functionen der alten Epiglottis eintrat. Diese neue Epiglottis wuchs, wie sich feststellen liess, von der hinteren Seite des Larynx her; demgemäss wurde sie auch beim Schlucken nach vorn und unten bewegt, während die normale Epiglottis nach hinten und unten gedrängt wird. Die Glottis wurde aber vollkommen geschlossen und der Patient ist in seinem Schlucken nur sehr wenig behindert."

LEFFERTS.

140) **Woodbury. Pathologische Zustände im Larynx als Symptome gastro-intestinaler Störungen. (Pathological conditions of the larynx occurring as symptoms of gastro-intestinal disorders.)** *Mathews Med. Quaterly. Vol. I. p. 54.*

Nicht zugänglich.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

141) **Lucatello** (Genua). **Beitrag zur Pathogenese der Kehlkopfaffectionen beim Typhus.** *Berliner klin. Wochenschrift. 1894. No. 16.*

L. hat in einem Fall sowohl im Speichel als in der entzündeten Kehlkopfsschleimhaut den Eberth-Gaffky'schen Typhusbacillus gefunden.

LANDGRAF.

142) **N. Lunin** (St. Petersburg). **Erysipelas laryngis.** *St. Petersburg. medicin. Wochenschr. 1894. No. 1.*

L. referirt im deutsch. ärztlichen Verein über 3 von ihm beobachtete Fälle von Kehlkopf-Erysipel.

1. Ein sonst gesunder Mann, von 35 Jahren, erkrankte plötzlich mit einem Schüttelfrost, Schmerzen im Kehlkopf, Dysphagie und Athembeschwerden. Der Pharynx normal; der Kehlkopfspiegel zeigte das charakteristische Bild des Kehlkopfserysipels. Nach 5 Tagen schwanden die allgemeinen und localen Erscheinungen fast ebenso schnell wie sie gekommmen waren.

2. Der 19 Jahre alte Pat. war nach einer Erkältung ganz plötzlich erkrankt mit Fieber, Schüttelfrost, Schmerzen im Halse, wozu sich bald Athemnoth hinzugesellte, die sich zuweilen bis zu Erstickungsanfällen steigerte. In L.'s Gegenwart bekam Pat. einen so heftigen Anfall, dass L. sich genöthigt sah mit einem Schnitt die Cricotomie zu machen und die Canüle einzuführen. Die Schwellung im Kehlkopf ging allmälig zurück, doch mussten später in der Gegend des Aryknorpels tiefe Schnitte in die Schleimhaut gemacht werden, aus denen sich dann Eiter tropfenweise entleerte. Nach 4 Wochen vollkommene Heilung.

3. Pat., 63 Jahre alt, erkrankte gleichfalls nach einer Erkältung mit Schmerzen im Halse, Fieber und sehr ausgesprochenen Allgemeinerscheinungen. Am 3. Tage Heiserkeit und starke Dyspnoe. Der Kehlkopfspiegel zeigt alle Anzeichen des Kehlkopf-Erysipels. Am nächsten Tage ging die Schwellung im Kehl-

kopf zurück, doch der Allgemeinzustand verschlimmerte sich, es gesellte sich eine Lungenentzündung hinzu und Pat. starb am 5. Tage der Krankheit.

Anschliessend an diese so verschieden verlaufenden Fälle von Kehlkopferkrankungen spricht Verf. über die Berechtigung der Bezeichnung „Erysipelas laryngis."

Da die Fehleisen'schen Kokken sich als keine Kokken sui generis, sondern als Streptokokken erwiesen haben, so kann man diese 3 Fälle in ätiologischer Beziehung wohl unter einen Gesichtspunkt bringen. Doch will Vortragender nicht alle 3 Fälle als Kehlkopf-Erysipel bezeichnen. Analog den Erscheinungen auf der äusseren Haut, wo man unter Erysipel bloss eine Entzündung der Capillaren der Haut, unter Phlegmone eine Entzündung des Unterhautzellgewebes etc. versteht, will L. die Bezeichnung Erysipelas laryngis für solche Fälle reserviren, wo die Entzündung blos die Schleimhaut selbst betrifft, kommt es zur Entzündung des submucösen Gewebes und zur Eiterbildung in derselben, so will L. den alten Namen Laryngitis phlegmonosa beibehalten.

In der sich anschliessenden Discussion bemerkt

Rauchfuss: Hält man sich beim Erysipel der Haut an das Fortschreiten des Processes, so kann man bei ähnlichen Erkrankungen des Phar. und Lar. wohl von einem Erysipel sprechen. Wenn man aber als Erysip. phlegmonos. eine in die Tiefe dringende Infection bezeichnet, so liegen die Verhältnisse in der Haut doch anders als im Kehlkopf und man dürfte eigentlich nicht von einer Phlegm. des Kehlkopfs reden. R. hält in solchen Fällen die Bezeichnung infectiöse Phar. und Laryng. für ausreichend.

Kernig will Rachenerysipel, vorausgehend dem Gesichtserysipel, wohl einige Male an Erwachsenen beobachtet, primäres Larynxerysipel jedoch nicht an denselben gesehen haben. Auffallend ist es, dass man in grossen Hospitälern mit besonderen Abtheilungen für Erysipelkranke Fälle von sog. primären Larynxerysipel nicht gesehen hat. Ebensowenig scheinen die Fälle von sog. primären Larynxerysipel, wie weit bekannt, in ihrer Umgebung an anderen Personen Haut-Erysipele zur Folge gehabt zu haben.

De la Croix hat Fälle von Gesichts-Erysipel gesehen, wo unter Abblassen des Gesichtes das Fieber nicht schwand, sondern noch stieg und wo heftige Respirationsstörungen auftraten, die häufig zum tödtlichen Ausgang führten. Die Section ergab neben anderen metastat. Entzündungen meist Pneumonie. In einem Falle, der plötzlich unter Erstickungserscheinungen starb, zeigte die Section eine so hochgradige Röthung und Schwellung der Kehlkopfschleimhaut, dass das Lumen des Kehlkopfes ganz verlegt war. De la Croix betrachtete diese Fälle als ein directes Fortschreiten des erysipelatösen Processes von der Schleimhaut des Pharynx auf den Larynx, die Bronchien und die Lunge. Die erysipelatöse Entzündung kann auch als Phlegmone längs dem Zellgewebe beiderseits des Kehlkopfes auf das Zellgewebe des Mediastinum und von da auf die Pleuren und Lungen übergehen.

Lingen erinnert sich, dass schon vor 20 Jahren Pirogoff, gelegentlich einer Section, wo es sich um colossale Schwellung der Submaxillargegend, serös-

eitriges Infiltrat im Mediastinum und Schwellung der Kehlkopfschleimhaut handelte, als Ursache derselben eine erysipelatöse Infection bezeichnete. Autoreferat.

143) **W. E. Taylor. Kehlkopfoedem bei acuter Tonsillitis mit Pleuropneumonie. Laryngotomie und Aspiration; Heilung. (Oedema of the larynx from acute tonsillitis — Laryngotomy — Subsequent Pleuro-Pneumonia — Aspiration of the chest — Recovery.)** *Pacific Med. Journal. October 1894.*

Der Patient, ein Mann von 28 Jahren, hatte eine leichte Mandelentzündung. Er legte sich ohne Dyspnoe zu Bett; am nächsten Morgen fand man ihn bewusstlos, cyanotisch, mit schwachem Puls; auf der Brust grosse laute Rasselgeräusche, die Flüssigkeitserguss in die Bronchien anzeigten. Es wurde der Larynx eröffnet und durch Compression der Brust eine grosse Menge blutig-seröser Flüssigkeit entleert. Am nächsten Tage war der Patient bei weitem besser und es zeigten sich keine weiteren Störungen seitens des Larynx. Herz- oder Nierenkrankheit bestand nicht; als einzige Ursache für das Oedem musste die Tonsillitis angeschuldigt werden. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

144) **J. H. Pryor. Ein Fall von acutem supraglottischem Oedem ohne nachweisbare Ursache. (Report of a case of acute supraglottic oedema without apparent cause.)** *N. Y. Medical Record. 28. Juli 1894.*

Der Ausdruck Glottisödem wird oft mit Unrecht angewendet und die Zusammenfassung aller Fälle von Oedem des Larynx unter diesem Namen muss Verwirrung stiften. Das Oedem der Glottis, des Larynxinnern, ist ein relativ seltenes Vorkommniss und in der Mehrzahl der publicirten Fälle beschränkt sich der ödematöse Process auf die Gegend oberhalb der Stimmbänder. Dies gilt ganz besonders von dem einfachen Oedem und aus manchen Gründen ist es gut, eine anatomische Unterscheidung festzuhalten. Der Ausdruck supraglottisches Oedem scheint den Anforderungen der Genauigkeit und Klarheit mehr zu entsprrechen.

P.'s Patient, ein Mann von 30 Jahren, in gutem Gesundheitszustand, klagte anfangs nur über ein leichtes Gefühl von Völle und Unbehagen im Hals. Dies nahm allmälig zu. Als Verf. ihn zuerst sah, bestand keine Dyspnoe, aber die Stimme war sehr eigenthümlich; sie hatte einen metallischen Klang und ist am besten als „Grabesstimme“ zu kennzeichnen; von der umschleierten Stimme, wie man sie bei secundärem Oedem zu hören pflegt, war sie wohl unterschieden, auch war sie nicht heiser. Der Kehlkopfspiegel zeigte ein erhebliches Oedem der Epiglottis und der ary-epiglottischen Falten. Die Epiglottis zeigte in der Mitte eine Trennungslinie, wodurch das Bild zweier breiter Puffer entstand. Sie war aufgerichtet und zu fest, um nach der Glottis zu aspirirt zu werden. An der Basis oder lingualen Fläche war rechts ein breites Bläschen von etwa $^1/_4$ Zoll Durchmesser deutlich zu sehen. Die Plicae ary-epiglotticae waren stark erweitert und unmittelbar übergehend in die Fläche des Epiglottis. Ein Einblick in den Larynx war unmöglich durch die Grösse der Schwellung. Auch für den Lufteintritt bestand nur noch eine sehr geringe Oeffnung. Das Unterhautgewebe am Halse in der Gegend

des Kehlkopfes war stark infiltrirt. Druck auf den Kehlkopf war nicht schmerzhaft, auch spontan bestand keinerlei Schmerz im Hals oder Kehlkopf; Patient klagte einfach über das Erstickungsgefühl, sonst bestanden keinerlei Symptome. Die Athemfrequenz betrug 18 in der Minute, Temperatur und Puls waren normal. Es wurden Blutegel am Halse applicirt, der Pat. zu Bett gelegt und starker Schweiss angeregt. Nach kurzer Zeit war die Athmung viel leichter und die Stimme wieder hörbar. 48 Stunden später war der Patient ganz munter und bei der Arbeit. Von Herz- oder Nierenkrankheit war nie etwas bei ihm nachzuweisen, so dass jede constitutionelle Erklärung für den Zufall fehlt. Man könnte bei dem schnellen Vorübergehen des Anfalls wohl an eine vasomotorische Störung oder eine zeitweilige Verstopfung der Lymphcanäle denken. Das erstere erscheint noch am ehesten verständlich, wenn auch eine Ursache dafür unerfindlich ist, das zweitgenannte hat vielleicht an den Hajek'schen Feststellungen über die Vertheilung der Lymphbahnen im Kehlkopf eine gewisse Stütze.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

145) **Barjon** (Lyon). **Acutes infectiöses retro-laryngeales Oedem verursacht durch Pneumococcen. (Oedème aigu infectieux rétro-laryngé à pneumocoques.)** *Médecine moderne. 17. Februar 1894.*

Ein 36jähriger starker Arbeiter wird in Folge einer Erkältung von Fieber befallen; am folgenden Tage laryngeale Dyspnoe. Der Spiegel zeigt eine ödematöse Infiltration der Epiglottis sowie des gesammten Kehlkopfes, besonders in der rechten Hälfte, ausserdem einen eiterigen Herd nach aussen hinten vom rechten Aryknorpel.

Am folgenden Tage brachen die Symptomen einer doppelseitigen Pneumonie hervor mit Pneumokokken im Auswurfe. 13 Tage später wird eine harte schmerzhafte Anschwellung in der Fossa iliaca constatirt, die aber ohne Eiterung verschwindet.

LUC.

146) **Bremer** (Berent). **Beitrag zur Behandlung entzündlicher Verschwellung der Glottis.** *Therap. Monatsh. 1894. September.*

Bepinselung der Haut des Halses über dem Schildknorpel mit Collod. cantharidatum.

A. ROSENBERG.

147) **Schech. Ueber Laryngitis fibrinosa.** *Deutsche med. Wochenschrift. 1894. No. 9.*

Sch. behandelte eine 47jähr. Frau, welche einige Wochen vorher an Husten und Heiserkeit erkrankt war, Erscheinungen, zu welchen nach 8 Tagen Athemnoth hinzutrat. Diese verschwand nach dem Aushusten einer weissen Masse, um nach 2—3 Tagen wiederzukehren. Als Sitz der Bildung dieser Membran fand Sch. den linken Sinus Morgagni. Die Membran bestand aus Fibrin, Leukocyten, Cylinderepithelien und eingelagerten Strepto- und Staphylokokken. Wirksam erwies sich die Touchirung der von der Membran befreiten Schleimhaut mit 10 proc. Lapislösung und folgender Jodoformeinreibung.

LANDGRAF.

148) **C. C. Rice. Chronische Laryngitis und atrophische Rhinitis. (Chronic laryngitis — atrophic rhinitis.)** *Internation. Journal of Surgery. September 1894.*

Klinische Vorlesung; nichts besonders Erwähnenswerthes.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

149) **H. Krause. Zur Therapie der chronischen Laryngitis.** *Berliner klinische Wochenschrift. 1894. No. 16.*

Kr. hat seit einer Reihe von Jahren in Fällen veralteter hartnäckiger, sonstigen Behandlungsmethoden trotzender Laryngitis die Stimmbänder mit tiefen, kurzen, längsgerichteten Schnitten scarificirt und gute Erfolge erzielt.

LANDGRAF.

150) **Higguet. Fall von Syphilis. Klinische Unterhaltung. (Entretien clinique. Cas de syphilis.)** *Journal de la Policlinique. 15. Januar 1894.*

Mobile Geschwulst an der linken Seite der Thyreoidea, nicht schmerzhaft gegen Druck; an der mittleren Halsgegend eine andere Anschwellung schmerzhaft gegen Druck.

Die Untersuchung des Halses ergiebt Spuren früherer syphilitischer Zufälle. Linke Arytaenoidgegend geröthet und geschwollen; Schwerbeweglichkeit des betreffenden Stimmbandes. Das 49jährige Individuum erinnert sich keiner syphilitischen Affection. Günstiges Resultat durch antisyphilitische Behandlung. H. neigt zur Annahme hereditärer Syphilis.

BAYER.

151) **R. H. Woods** (Dublin). **Tertiäre Kehlkopfsyphilis. (Tertiary syphilis of the larynx.)** *Dublin Journ. of Med. Scienc. September 1894.*

Demonstration des Präparates.

P. MC. BRIDE.

152) **Mendel. Tertiäre syphilitische Laryngitis. (Laryngite syphilitique tertiaire.)** *Soc. franc. de dermat. et syph. Mai 1894.*

Es handelt sich um einen Fall von alter und nie behandelter Lues, bei welchem der in Folge einer riesigen Infiltration des rechten Taschenbandes bedenklich stenosirte Kehlkopf zwar ohne locale Behandlung, aber nur durch eine energische interne specifische Cur eine für die normale Athmung genügende Weite wiedererlangte.

LUC.

153) **Samson Gemmell** u. **R. N. Buchanan** (Glasgow). **Ein Fall von syphilitischer Ulceration der Trachea und der Bronchien mit fibroider Induration und käsiger (tuberculöser) Knötchenbildung in den basalen Lungenpartien, Schwellung der Lymphdrüsen und Gummiknoten in der Leber. (Case of syphilitic ulceration of trachea and bronchi with fibroid induration and caseous [tubercular] nodules in basal parts of lungs, enlargement of lymphatic glands and gummata in liver.)** *Glasgow Medical Journal. August 1894.*

Die laryngoskopische Untersuchung ergab am rechten Stimmband eine Schwäche der Abduction. Bei der Section fanden sich der rechte Vagus und der

Recurrens in Drüsenmassen eingelagert. $2^1/_2$ cm unterhalb der Stimmbänder fand sich eine Ulceration, die sich nach abwärts in beide Bronchen hinein erstreckte. Die mikroskopische Untersuchung machte die syphilitische Natur derselben wahrscheinlich.

P. MC. BRIDE.

154) **Fred. S. Crossfield. Tuberkulose des Kehlkopfs und Rachens. (Tuberculosis of the larynx and pharynx.)** *N. Y. Medical Record. 29. September 1894.*

Verf. theilt zwei Krankengeschichten mit. Der erste Fall ist von besonderem Interesse, einmal wegen seines ganzen ungewöhnlichen Verlaufes, dann aber, weil es sich um eine primäre Tuberkulose des Larynx und Pharynx und zwar von ausserordentlicher Schwere handelt. Der Fall zeigt auch, wie viel man selbst bei anscheinend hoffnungslosen Fällen noch thun kann, wie man, wenn auch nicht absolute Heilung, doch grosse Erleichterung aller Beschwerden zu erzielen vermag. Auch der zweite Fall, bei dem schon vorgeschrittene Lungentuberculose bestand, illustrirt den Nutzen der Behandlung mit Curette und Milchsäure.

LEFFERTS.

155) **Störk. Behandlung der Larynx- und Lungentuberculose mit Kreosot. (Cura della tubercolosi laringea e polmonare col creosoto.)** *Rivista delle mal. della gola etc. 1894. No. 5.*

S. ist gegen die Verallgemeinerung der Kreosotbehandlung in allen Fällen von Kehlkopf- und Lungentuberculose. Er ist der Meinung, dass das Mittel die Functionen des Magens und Darmes schädigt, und dass unzählige Kranke wegen des Kreosots früher zu Grunde gehen, als wenn sie dieser Behandlung nicht unterzogen worden wären.

TOTI.

156) **Krieg** (Stuttgart). **Ueber örtliche Behandlung der Kehlkopftuberkulose.** *Medic. Corresp.-Bl. d. Württemb. ärztl. Landesvereins. No. 32. 1894.*

An der Hand einer Anzahl von Abbildungen und Krankengeschichten bespricht Krieg die von ihm geübte Methode der Behandlung der Kehlkopftuberculose. Nach Cocainisirung mit 10 proc. oder 20 proc. Lösung (mit der Spritze) reibt er meist 80 pCt. Milchsäure mit dem Heryng'schen Wattepinsel ein, zum Curettiren nimmt er meist einen gewöhnlichen scharfen Löffel, seltener die Heryng'schen einfachen Curetten, zu Excisionen die Fränkel'schen Schneidezangen oder die Heryng'schen Doppelcuretten, zur submucösen Injection die Heryng'sche Spritze, zur Galvanokaustik die bekanten Ansätze. Submucöse Jodoform- und Milchsäureinjectionen hat er nie gemacht, auch die Elektrolyse nie angewendet.

SEIFERT.

157) **Massei. Ueber einige Anwendungen der Milchsäure in der Laryngologie. (Di alcune applicazioni dell'acido lattico in Laringologia.)** *Rivista delle mal. della gola. 1894. No. 8.*

Bei Sängerknoten, Lupus, tuberculöser Infiltration, hat M. sehr nützlich gegefunden, 8—10mal täglich Einstäubungen von einer 2 prom. Milchsäurelösung

machen zu lassen. Die Behandlung muss lange Zeit fortgesetzt werden, mit grosser Geduld und Ausdauer. Weisse Sängerknoten sind viel hartnäckiger als rothe.

TOTI.

158) **F. Massei** (Neapel), **Ueber einige Anwendungen der Milchsäure in der Laryngologie.** *Berliner klin. Wochenschr. 1894. No. 21.*

M. empfiehlt bei chronischer Laryngitis, namentlich in Form der Chorditis tuberosa und der Pachydermie das häufige — 8–10mal am Tage — Zerstäuben einer 2 proc. Milchsäurelösung mittelst eines Luftdruckapparates. Bei Lupus und Kehlkopftuberculose wendet er dieselben Pulverisirungen an in Abwechslung mit solchen von Sublimat 1 : 5000.

LANDGRAF.

159) **B. Fränkel. Der Prolapsus des Ventriculus Morgagni.** *Berliner klinische Wochenschr. 1894. No. 26.*

Kurzes Referat über einen in der Charitégesellschaft gehaltenen Vortrag, der ausführlich im Archiv für Laryngologie erschienen ist. Fr. hält dafür, dass es sich in den unter dieser Bezeichnung beschriebenen Fällen immer um hyperplastische Vorgänge des Bindegewebes der oberen Wand des Stimmbandes, der lateralen Wand des Ventrikels oder der unteren Fläche des Taschenbandes handle.

In dem vom Ref. in der Discussion erwähnten Fall war eine Hypertrophie des Bindegewebes so wenig, wie der Schleimhaut vorhanden, soweit sich aus dem mikroskopischen Bilde der anscheinend prolabirten und excidirten Stücke schliessen liess.

LANDGRAF.

160) **B. Fränkel. Der sogenannte Prolapsus des Morgagni'schen Ventrikels.** *Arch. f. Laryngol. u. Rhinologie. I. 3.*

F. geht die Geschichte des Prolapsus ventriculi Morgagni durch und reproducirt Abbildungen von den Fällen der wesentlichsten Autoren. Die Kritik der in der Literatur niedergelegten Fälle giebt jedoch keine sichere Entscheidung der Frage, ob der Prolaps (der Name Eversio wird als schlecht-lateinisch verworfen, auch von einer Hernie kann nicht die Rede sein) eine echte Umstülpung, ein Vorfall der Schleimhaut ist, oder ob dabei entzündliche Veränderungen vorliegen. Die anatomischen Untersuchungen, die F. an einem von einem unbekannten nicht tuberculösen Cadaver gewonnenen Kehlkopf, bei dem aus beiden Ventrikelöffnungen reponirbare Wülste hervorragten, anstellte, ergaben, dass der Prolaps nicht durch Umstülpung der Schleimhaut entstanden war, sondern eine Hyperplasie des Bindegewebes an der lateralen Ventrikelwand und der oberen Stimmbandfläche darstellte. Danach fasst F. den Prolaps als eine Chorditis vocalis super. hyperplastica oder eine Laryngitis lateralis hyperplastica oder eine Chorditis ventricularis inferior hyperplastica oder eine Combination dieser Zustände auf. Geringe Grade dieser Veränderungen, bei denen die Wülste nicht aus dem Ventrikel hervorragten, fand F. häufiger. Das angebliche plötzliche Entstehen des Prolapses erklärt F. so, dass die allmälig sich vergrössernden Wülste bei einem Hustenstosse in der Ventrikelöffnung incarcerirt werden und nun durch venöse Stauung anschwellen.

Die Auffassung des Prolapses als eines hyperplastischen Processes hat eine

praktische Bedeutung, indem sie zu Gunsten der operativen Behandlung dieser Krankheit ins Gewicht fällt. **F. KLEMPERER.**

161) **Kobler** (Wien). **Laryngosclerom. Demonstration eines Falles.** Sitzung d. Gesellschaft der Aerzte vom 26. Januar 1894. — *Wiener klinische Wochenschrift. 1894. No. 5.*

Eine schon vor 14 Jahren auf Schrötter's Klinik wegen subglottischer Infiltrate mit Schrötter's Röhren behandelte Patientin kam wieder mit strahliger Narbenmembran über den Stimmbändern und einem erbsengrossen Knoten des einen Taschenbandes, welcher sich histologisch und bakteriologisch als Sch. erwies. Nase, Nasenrachenraum und Rachen sind ganz gesund. CHIARI.

162) **E. Fletcher Ingals. Eine Larynxstenose geheilt durch Injection von Carbolsäure; ferner ein Fall von Mycose des Rachens und der Mandeln. (A cyst of the larynx cured by injection of carbolic acid; and a report on mycosis of the pharynx and tonsils.)** *N. Y. Med. Journal. 1. September 1894.*

Abdruck eines auf dem XVI. Congress der American Laryngological Association gehaltenen Vortrags (Referat folgt im Verhandlungsbericht).

LEFFERTS.

163) **De Rossi** (Rom). **Zwei Fälle von Fibroma telangiectaticum (der Stimmbänder). (Due casi di fibroma telangettasici.)** *Arch. it. d'otologia. 1894. No. 2.*

Die beiden Geschwülstchen wurden von De R. entfernt, das erste aus der Mitte des rechten Stimmbandes bei einem 16jährigen Mädchen, das zweite aus dem vorderen Drittel des linken Stimmbandes bei einer 27jährigen Frau. Die histologische Untersuchung ergab, dass es sich um gewöhnliche Fälle von Fibroma tuberosum mit stark erweiterten Gefässen handelte.

Verf. hat sich zu dieser Veröffentlichung berechtigt gefühlt, hauptsächlich weil Schwarz angiebt, die 'bis jetzt bekannten Angiome der Stimmbänder seien alle bei erwachsenen Männern beobachtet worden. (Verf.'s Geschwülste waren doch keine Angiome. Ref.) **TOTI.**

164) **Werner** (Heidelberg). **Beiträge zur Kenntniss der sogenannten Papillome des Kehlkopfes.** Heidelberg. 1894.

Die fleissige Arbeit stützt sich auf das klinische und pathologisch-anatomische Material der Klinik von Jurasz und beschäftigt sich nur mit den rein primären Papillomen mit Ausschluss der bei Tuberculose, Lupus, Syphilis, Carcinom und Sarcom sich bildenden Schleimhauthypertrophien papillaren Charakters. Verf. hat sich 3 Fragen zur Beantwortung gesetzt und kommt zu den Resultaten, dass das Epithel meist nur quantitativ, nicht aber qualitativ, d. h. nicht epidermoidal sich verändert zeigt; 2. dass die Papillome auch auf cylindroepithelialem Boden entstehen, und 3. dass der Ausgangspunkt für die Papillome das subepitheliale Bindegewebe ist und sich je nach der Wachsthumsenergie auch das Epithel mehr oder weniger an dem Process betheiligt.

In ätiologischer Beziehung kommen in Betracht chronische Katarrhe, acute

Exantheme und jene Reizzustände, wie sie z. B. in der Pubertätszeit gegeben sind. Interessant sind die Beobachtungen über spontane Abnahme und den Einfluss der Schwangerschaft, Pubertät, des Typhus und des Keuchhustens. Den Schluss bilden Hinweise auf die Wichtigkeit der Semon'schen Sammelforschung. Von einer Umwandlung gutartiger Geschwülste kann keine Rede sein.

SEIFERT.

165) **Bergeat** (München). **Beiträge zur Operation kleiner Kehlkopfgeschwülste.** *Münchner med. Wochenschr. No. 23. 1894.*

Bei sehr empfindlichen oder ungeduldigen Kranken empfiehlt B. die Entfernung der Neubildung mittelst Curette; in einem Falle wurde während der Phonation die Geschwulst entfernt, in zwei andern Fällen wurden Geschwülste unterhalb des vorderen Winkels der Stimmbänder weggeschabt. In einem Falle von multiplen Papillomen bei einem 9monatlichen Knaben gelang es B., mit der unter Leitung des Fingers eingebrachten Schlinge grosse Stücke zu entfernen, doch starb das Kind an Emphysem.

SCHECH.

166) **Stephen Paget** (London). **Bösartige Neubildung des Kehlkopfs. (Malignant disease of larynx.)** *British Medical Journal. 24. November 1894.*

In einer Sitzung der pathologischen Gesellschaft von London zeigte Paget ein Präparat von einem vermeintlichen Riesenzellensarcom, das von der oesophagealen Fläche eines Arytaenoidknorpels ausging. Die mikroskopischen Präparate waren nicht sehr befriedigender Natur. Der Vortragende zeigte das Präparat wegen der Seltenheit von Sarcomen des Kehlkopfs, die der äusseren Fläche des Organs aufsitzen.

In der Discussion meinte Mr. Shattock, dass es sich wohl eher um ein Epitheliom handele.

SEMON.

167) **J. Szmuilo. Ein Fall von Coexistenz von Larynxcarcinom und Sarkom. (Przypadek współistnienia raka i miesaka krtani.)** *Medycyna. No. 31. 1894.*

Der aus der Dr. Sokolowski'schen Abtheilung stammende, genau beobachtete Fall wird vom Verf. als der einzige in der Literatur betrachtet, bei dem genaue mikroskopische Untersuchung bestimmt die Coexistenz von beiden malignen Neoplasmen nachgewiesen hat. Der Fall betraf einen 51jährigen Arbeiter, bei welchem die Heiserkeit seit einigen Jahren bestand. Athemnoth stellte sich erst vor ein paar Monaten ein. Der Allgemeinzustand blieb stets gut. Bei der Aufnahme auf die Abtheilung wurde auf dem rechten wahren Stimmbande ein breit sitzender Tumor von fast Bohnengrösse constatirt. Die hintere Larynxwand und der hintere Theil der wahren Stimmbänder war theilweise ulcerirt. In Folge von rasch zunehmender Dyspnoë wurde die Tracheotomie ausgeführt und eine Woche später von Prof. Kosinski die Laryngofissur mit nachfolgender Excision des Tumors und beider wahren Stimmbänder und Auskratzung der Infiltration der hinteren Kehlkopfwand. Der Verlauf war ganz günstig. Es bildeten sich an Stelle der excidirten Stimmbänder narbige Falten und der Patient konnte sogar mit rauher Stimme sprechen. Er athmete ganz frei. Der Allgemeinzustand blieb gut. Der Kranke verliess das Krankenhaus und seine weiteren Schicksale sind

unbekannt. Die mikroskopische genaue Untersuchung des excidirten Tumors und der anderen excidirten Theile, im Warschauer pathologischen Institute vom Verf. ausgeführt, zeigte, dass der Tumor ein Sarcoma parvo-diffuso-giganto-cellulare, die übrigen infiltrirten Theile ein typisches Carcinoma keratodes darstellten.

A. v. SOKOLOWSKI.

168) **Dieulafoy. Krebs des Kehlkopfs. (Cancer du larynx.)** *Annales de méd. 22. August 1894.*

Vorlesung; nichts besonders Erwähnenswerthes.

A. CARTAZ.

169) **R. Virchow. Demonstration der Präparate des von Prof. Wolff geheilten und später gestorbenen Falles von Carcinoma laryngis.** *Deutsche medicin. Wochenschrift. 1894. No. 27. Berliner klin. Wochenschrift. 1894. No. 30. Münchner med. Wochenschr. 1894. No. 26.*

Der Tod war eingetreten in Folge einer Metastase im Oberlappen der rechten Lunge und im rechten Oberschenkelknochen. Die zurückgelassenen Halsorgane waren recidivfrei geblieben. In einem zweiten, von Thiersch operirten Falle war der Tod bedingt durch eine Pneumonie. Hier zeigte die Obduction nirgends Metastasen und ebenfalls recidivfreie Halsorgane. Beide Fälle ermuntern zur Vornahme der Totalexstirpation.

LANDGRAF.

170) **Lennox Browne. Transformation von gutartigen laryngealen Tumoren in bösartige in Folge von endolaryngealen Operationen. Erwiderung. (The malignant transformation of benign laryngeal tumours as a consequence of endolaryngeal operations. A rejoinder.)** *Lancet. 30. Juni 1894.*

Browne sucht nochmals durch Citate aus Newman's Schriften zu beweisen, dass er (D. Newman) doch ein Anhänger von Browne's Theorie ist, und dass es gleichgiltig sei, ob das Wort bewiesen (demonstrated) oder geglaubt (believed) gebraucht werde.

ADOLPH BRONNER.

171) **David Newman. Transformation von gutartigen laryngealen Tumoren in bösartige in Folge von endolaryngealen Operationen. (The malignant transformation of benign laryngeal tumours as a consequence of endolaryngeal operations.)** *Lancet. 7. Juli 1894.*

Newman kritisirt die Erwiderung von Lennox Browne (Lancet. 16. Juni 1894). Er verlangt, dass man in medicinischen Streitfragen die Ansichten anderer Autoren wahrheitsgemäss wiedergeben soll und dieselben nicht absichtlich falsch citire. Er bittet den Herausgeber des Lancet, sein Urtheil über diese Frage abzugeben. Es folgt das bekannte Urtheil des Glasgow Medical Journal (Juli 1894).

ADOLPH BRONNER.

172) **Lennox Browne. Transformation von gutartigen laryngealen Tumoren in bösartige in Folge von endolaryngealen Operationen. (The malignant transformation of benign laryngeal tumours as a consequence of endolaryngeal operations.)** *Lancet. 14. Juli 1894.*

Lennox Browne bedauert, dass er beim Citiren von D. Newman's An-

sichten dessen Worte verändert hat und versichert D. Newman, dass dieses ganz unabsichtlich geschehen sei.

Die Redaction des Lancet fügt hinzu, dass sie glaubt, dass Lennox Browne eine Entschuldigung an D. Newman schuldig sei und bedauert nur, dass dieselbe nicht früher erfolgt sei.

ADOLPH BRONNER.

173) **Fr. Kijewski. Ueber Laryngofissur. (O rozszczepieniu krtani.) Laryngofissura.** *Gazeta lekarska. No. 28. 1894.*

Eine sehr genaue und interressante Arbeit, welche 20 theilweise vom Verf. selbst, theils von Prof. Kosinski ausgeführte Laryngofissuren behandelt. Nachdem der Verf. einen historischen Rückblick gegeben und in genauer Beschreibung das operative Verfahren geschildert hat, analysirt er die 20 operirten Fälle. Dieselben zerfallen in folgende Gruppen: 1. Einmal wurde die Laryngofissur ausgeführt wegen einer Laryngofractur; 2. siebenmal wegen Kehlkopfneubildungen; 3. zweimal wegen syphilitischer Stricturen; 4. einmal wegen Kehlkopftuberculose; 5. neunmal wegen Laryngitis hypoglottica chronica. Was die Resultate anbelangt, so wurden günstige Erfolge bei den gutartigen Neubildungen (besonders bei Papillomen) erzielt, bei malignen Neoplasmen wurden ebenfalls gute Resultate gewonnen. In einem Falle von Carcinom und Sarcom trat kein Recidiv nach einem Jahre ein. Verf. betrachtet die Laryngofissur als bei malignen Neoplasmen stets indicirt. Bei syphilitischen Stenosen und Kehlkopffractur wurden keine sehr günstigen Resultate erzielt. Die Kranken mussten nach der Fissur methodisch weiter auf der Abtheilung dilatirt werden. In einem Falle von Kehlkopftuberculose (aus der Sokolowski'schen Abtheilung) war der Erfolg ein sehr günstiger; ausgebreitete Geschwülste und Infiltrate der hinteren Kehlkopfwand und Stimmbänder, welche hochgradige Stenose verursacht hatten, wurden bei der Fissur gründlich excidirt. Der Kranke konnte dann drei Monate lang frei athmen und starb schliesslich in Folge seines Lungenleidens. In 9 Fällen von subglottischen Hypertrophien (Laryngitis hypertrophica subglottica) wurden durchgehends sehr günstige Resultate erzielt. In den 3 ersten Fällen wurden ziemlich geringe Stücke des hypertrophischen Gewebes excidirt; daher wurde in diesen nachträglich noch eine methodische Dilatation nothwendig. In den folgenden 6 Fällen aber wurden die sämmtlichen hypertrophischen Theile tief excidirt, so dass die folgende Dilatation gänzlich überflüssig war und die Kranken sämmtlich in 3 bis 4 Wochen genasen.

A. v. SOKOLOWSKI.

174) **H. L. Swain. Ein Fall von Laryngectomie nach einer neuen Methode. (A case of laryngectomy by a nouvel method.)** *N. Y. Med. Journ. 13. Oct. 1894.*

Vortrag, gehalten auf dem XVI. Congress der American Laryngological Association (Referat folgt im Verhandlungsbericht).

LEFFERTS.

175) **J. N. Cotterill** (Edinburgh). **Excision des Kehlkopfs. (Excision of larynx.)** *Edinburgh Med. Journal. Juli 1894.*

Vorstellung des Falles.

P. MC BRIDE.

176) **W. H. Carmalt. Exstirpation des Kehlkopfs. (Extirpation of the larynx.)** *Med. Record. 21. Juli 1894.*

In seiner Mittheilung beschäftigt sich der Verf. besonders mit der Nachbehandlung und er lenkt dabei die Aufmerksamkeit auf die Thatsache, dass ein künstlicher Kehlkopf unnöthig ist. In C.'s Falle war der gesammte Larynx mit dem ersten und der Hälfte des zweiten und dritten Trachealringes entfernt und die Oeffnung nach dem Munde zu verschlossen worden. Die Epiglottis war stehen geblieben. Die Heilung erfolgte ohne Zwischenfall und Patient ist im Stande, zu flüstern.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

177) **Poppert** (Giessen). **Zur Frage der totalen Kehlkopfexstirpation.** *Deutsche med. Wochenschr. 1893. No. 35.*

P. erhofft von dem H. Schmidt-Bardenheuer'schen Vorschlag, bei der Totalexstirpation die Wunde gegen den Pharynx hin durch exacte Naht abzuschliessen, eine wesentliche Verbesserung der bisher immer noch sehr ungünstigen Resultate. Er hat einen Fall so operirt. Der Kranke konnte sofort nach der Operation schlucken und mit Flüsterstimme sprechen.

LANDGRAF.

178) **Leonardi. Beitrag zur Larynxexstirpation wegen Carcinom. (Contributo alla laringectomia per carcinoma.)** *Arch. it. di laring. 1894. No. 2.*

Vier Fälle, von Prof. Novaro in Bologna operirt. Die Arbeit, übrigens sehr interessant, hat bloss chirurgisches Interesse.

TOTI.

f. Schilddrüse.

179) **Pisenti** (Perugia). **Ueber eine Läsion des centralen Nervensystems bei Thieren nach Exstirpation der Schilddrüse. (Di una lesione del sistema nervoso centrale negli animali stiroidati.)** *Riv. ven. di sc. med. 1894. No. 4.*

Die Arbeit hat nur physiologisches und pathologisch-anatomisches Interesse. Der interessanteste Befund ist die Entstehung von syringomyelitischen Höhlen in verschiedenen Höhen des Rückenmarkes.

TOTI.

180) **F. Hoffmeister** (Tübingen). **Experimentelle Untersuchungen über die Folgen des Schilddrüsenverlustes.** Aus der chirurgischen Klinik von Prof. Bruns. — *Beitr. z. klin. Chirurgie. 1894. XI. 2.*

Die Resultate der Untersuchungen H.'s sind folgende:

1. Bei jungen Kaninchen hat die Entfernung der Schilddrüse eine typische, chronisch sich ausbildende Kachexie zur Folge.

2. Eine vicariirende Hypertrophie der Milz oder Thymus kommt bei thyreoidectomirten Kaninchen nicht zur Beobachtung.

3. Der Magendarmtractus ist bei ihnen regelmässig ungewöhnlich stark gefüllt.

4. Im Centralnervensystem, in den Nebennieren und Speicheldrüsen findet sich keine Veränderung.

5. Durch gleichzeitige Entfernung der Parathyreoidea kann man bei Kaninchen eine letal verlaufende Tetanie erzeugen; die Symptome können durch Injection frischen Schilddrüsenextracts vorübergehend gebessert werden.

6. Nach der Exstirpation findet sich regelmässig bedeutende Vergrösserung des drüsigen Theiles der Hypophysis cerebri.

7. Nach der Exstirpation beobachtet man eine mit der Zeit fortschreitende chemische Alteration der Epithelien der gewundenen Harnkanälchen sowie

8. degenerative Vorgänge in den Ovarien.

9. Die Hoden sind oft beeinträchtigt,

10. das Knochenwachsthum gehemmt,

11. die Ossification verzögert; es findet sich

12. eine specifische Degeneration der das Wachsthum der Knochen vermittelnden Epiphysenknorpel.

13. Diese experimentellen Resultate sind eine Stütze für die Theorie, dass die unmittelbare Ursache des Kretinismus in einer primären Vernichtung oder oder Herabsetzung der Schilddrüsenfunction zu suchen ist. A. ROSENBERG.

181) **Henrobay. Hyperacute Thyroiditis im Verlaufe einer Puerperalinfection. (Thyroidite suraiguë au cours d'une infection puerperale.)** Société Belge de gynecolog. et d'obstetrique, Séance de Fevr. 1894. — *La Presse méd. Belge. No. 11. 1894.*

Die Thyroiditis entstand 3 Tage nach einer Curettage der Gebärmutter, welche wegen 5 Monate lang zurückgebliebener Placentarreste vorgenommen ward. Resolution derselben unter antiphlogistischer Behandlung: subcutane Injectionen von Ol. camphor., reichlich Alkohol innerlich, parenchymatöse Injectionen von Tinct. jodi und Bepinselungen mit Jodtinctur. BAYER.

182) **Sestini** und **Baciocchi. Ueber typhöse eitrige Strumitis. (Sulla strumite suppurativa nel tifo.)** *Raccoglitore medico. 1894. No. 13 u. 16.*

Verff. ziehen aus ihren klinischen, bakteriologischen und pathologisch-anatomischen Untersuchungen folgende Schlüsse:

„1. Es besteht kein Zweifel über das Vorkommen von Eiterungen, die einzig und allein vom Typhusbacillus verursacht sind.

2. Bei Individuen, welche eine Struma im Verlaufe von Typhus bekommen, findet eine Metastase in diesem Organ leicht statt.

3. Es giebt klinische Thatsachen, aus denen hervorgeht, dass vom Eberth-schen Bacillus verursachte Eiterungen eigene charakteristische Symptome haben."

TOTI.

183) **Allen Thomson Sloan** (Edinburgh). **Die geographische Vertheilung des Kropfes. (The geographical distribution of goitre.)** *Edinburgh Med. Journal. Mai 1894.*

Die Arbeit enthält hauptsächlich statistische Angaben, die im Referate nicht kurz wiedergegeben werden können. P. MC. BRIDE.

184) **R. Sievers** (Finland). **Beitrag zur Kenntniss der Struma in Finland. (Til kännedomen om Struma i Finland.)** *Finska Läkaresällskapets Handlingar. 1894. No. 3.*

Aus der interessanten Arbeit sei nur hervorgehoben, dass Struma nur in der Gegend nahe dem Ladoga-See endemisch vorkommt; sonst sind die Fälle nur sporadisch vorhanden. Kein Fall von Cretinismus ist in Finland gefunden.

SCHMIEGELOW.

185) **Hitzig** (Zürich). **Beiträge zur Histologie und Histogenese der Struma.** *Arch. f. klin. Chirurgie. 47. Bd. 2. Heft. 1894.*

Nach seinen Untersuchungen über die ersten Anfänge der Struma, deren Resultate sich mehr der Virchow'schen Anschauung anschliessen, kommt Verf. zu dem Ergebniss, dass dieselben wahrscheinlich auf Wucherungsvorgänge des normalen colloidhaltigen und colloidfreien Drüsenepithels beruhen. Die diffuse Struma beruht auf gleichmässiger Proliferation in allen Läppchen der Drüse, die knotige Struma kommt durch Verschiedenheit der Wachsthumsenergie der verschiedenen benachbarten Theile zu Stande und schliesslich existiren die verschiedensten Uebergänge zwischen den beiden Strumen.

SEIFERT.

186) **v. Burckhardt** (Stuttgart). **Ueber die „Kropfkapsel“.** *Centralbl. f. Chir. 29. 1894.*

Von rein chirurgischem Interesse.

SEIFERT.

187) **Ssalisteschew** (Tomsk). **Zur Casuistik der Nebenkröpfe. Ein neuer wahrer isolirter lateraler Nebenkropf.** *Arch. f. klin. Chirurgie. XLVIII. 2. 1894.*

Bei einer 30jährigen Dame fanden sich auf der linken Seite des Halses drei deutlich abgegrenzte Geschwülste, welche zuweilen starke Erstickungsanfälle verursachten. Einer der Knoten entstand in dem grossen seitlichen Dreieck des Halses, auf der Höhe des Kehlkopfes, der andere lag dicht am Schildknorpel und ein dritter befand sich unter dem Kopfnickerende. An der Schilddrüse selbst nichts Abnormes.

Während einer jeden Menstruation nahm der Halsumfang beträchtlich zu und blieb nach Einstellung der letzteren in derselben Lage, es handelte sich also um ein periodisches Wachsthum der Geschwulst. Die vor der Operation auf Nebenkropf gestellte Diagnose wurde durch das Resultat der Operation bestätigt.

SEIFERT.

188) **Giorgi. Tetanie und Struma. (Tetania e struma tiroideo.)** *Riv. ven. di sc. med. 1894. V.*

Nach Beschreibung eines Falles stellt Verf. die Anschauungen zusammen, welche über die Aetiologie und Pathogenese dieser Zustände bisher geäussert worden sind.

TOTI.

189) **Gluck** (Berlin). **Struma bei persistirender Thymusdrüse.** *Deutsche med. Wochenschr. 1894. No. 12.*

Nichts Besonderes.

LANDGRAF.

190) **K. G. Söderlund** (Schweden). **Ein Fall von Struma. (Et fall af Struma.)** *Gefleb.-Dala läkare- o. apotekareför. förh. 1893. S. 76.* Ref. nach *Nord. med. Arch.*

29jährige IIIpara. Struma duplex, Athemnoth hervorrufend. Exstirpation der linken Seite des Kropfes. — Während der Operation wurde die Trachea lädirt und genäht. Heilung. SCHMIEGELOW.

191) **D. Tait. Eine seltene Form von Cyste der Schilddrüse. (A rare form of cyst of the thyroid.)** *Pacific Med. Journal. Januar 1894.*

Der Tumor bestand, wie die Untersuchung nach der Exstirpation erwies, aus hypertrophirtem Drüsengewebe und Blutgefässen und enthielt in seinem Centrum eine Cyste. Vor der Operation war der Puls 100; nach derselben fiel er auf 80.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

192) **Schmalbach** (Orb). **Beitrag zur Casuistik der Struma maligna.** Dissertat. Würzburg. 1893.

Fall von Struma carcinomatosa, welcher von Schönborn operirt wurde. Zwei Tage nach der Operation exitus. SEIFERT.

193) **Letulle** u. **Meslay** (Paris). **Primärer Krebs der Schilddrüse mit carcinomatöser Phlebitis des rechten Truncus brachio-cephalicus. (Cancer primitif de la glande thyroide; phlebite cancereuse du tronc brachio-cephalique droit.)** *Bull. Soc. Anatom. de Paris. Mai 1894. p. 331.*

Eine 58jährige Frau, ins Hospital aufgenommen wegen Oedems des rechten Arms, das sich auf Schulter und Hals ausdehnte und seit 4 Tagen bestand. Im Abdomen der Pat., welche Virgo war, ein Tumor, den man schlecht umgrenzen konnte. Die Thrombose der Venen am Hals wurde auf ein Carcinom im Abdomen bezogen. Exitus nach 6 Wochen. Bei der Autopsie fanden sich Carcinomknoten in den Lymphdrüsen am Halse und am Lungenhilus, welche die Gefässe comprimirten und metastatisch eine Phlebitis des Truncus brachio-cephalicus verursacht hatten. Die Schilddrüse, die normalen Umfangs war, enthielt mehrere grössere Knoten von colloider Masse. Larynx und Trachea normal. Myom des Uterus. Secundäre Krebsknoten in beiden Lungen. A. CARTAZ.

194) **Thomas** (Marseille). **Behandlung des Kropfes mittelst Elektrolyse. (Traitement du goitre par l'electrolyse.)** *Soc. méd. de Marseille. 16. März 1894.*

Th. empfiehlt die Elektrolyse für vasculäre und parenchymatöse Kröpfe. Nach antiseptischer Reinigung der Haut applicirt er beide Electroden, die $1^1/_2$ bis 2 cm tief in das Gewebe eingestochen werden. Die beiden Nadeln stehen $^1/_2$ cm weit auseinander. Der Strom wird langsam verstärkt bis zum Eintritt von Schmerzempfindung. Länger als 10 Minuten soll der Strom nicht applicirt werden. Zum Schluss intervertirt man den Strom um die Haemostase zu sichern. A. CARTAZ.

195) **Marquet** (Limoges). **Interstitielle Injectionen von Jodoformäther bei Kropf. (Injections interstitielles d'ether iodoformé dans le goitre.)** *Limousin médic. Mai 1894.*

M. beobachtete 2 Fälle bei Mädchen von 11 und 12 Jahren; bei beiden er-

zielte er durch eine Reihe von Jodoformäther-Injectionen Heilung. Der Kropf war ziemlich umfangreich, dabei wenig hart, hatte aber doch bei dem einen Kinde bereits Athemstörungen und Rauhheit der Stimme verursacht. A. CARTAZ.

196) **C. Garré. Zur Kropfbehandlung mit parenchymatösen Einspritzungen.** *Beitr. z. klin. Chirurgie. 1894. XII. 2.*

G. spritzt in Zwischenräumen von 2—5 Tagen je 1—4 ccm folgender Lösung ein: Jodoform 1,0, Aether sulf., Ol. Olivar., ana 7,0. Durchschnittlich waren bei 140 von ihm so behandelten Strumen 3—16 Injectionen nöthig.

Die Endresultate konnten bei 87 Patienten erhoben werden; bei 51 zeigte sich eine bedeutende Verkleinerung, bei 26 eine geringe, bei 6 keine, bei 2 eine Zunahme, 4mal traten Recidive ein. Die weichen Kröpfe reagiren am besten auf die Einspritzungen. A. ROSENBERG.

197) **Garré** (Tübingen). **Zur Injectionsbehandlung der Strumen.** *Corr.-Blatt f. Schweizer Aerzte. H. 13.*

G. hebt, durch die wegen möglicher venöser Injection an ihn gerichteten Bedenken eines Arztes veranlasst, hervor, dass der Jodoformäther (1 ccm 10 pCt.) bei 400 Injectionsfällen nie einen Zufall erregt habe, und dass directe Versuche mit intravenösen Einspritzungen an Thieren die totale Unschädlichkeit derselben bewiesen habe. JONQUIÈRE.

198) **Georges Mangin. Interstitielle Jodinjectionen bei der Behandlung des Kropfes. (Interstitial injections of jodine in the treatment of goitre.)** *N. Y. Med. Journal. 10. Februar 1894.*

Der Artikel, der bereits in der Gazette médicale de Paris am 13. Januar 1894 erschienen ist, giebt eine eingehende Schilderung des von Dr. Duguet geübten Verfahrens. LEFFERTS.

199) **Poncet** (Lyon). **Chirurgische Behandlung der Kröpfe durch die „Exothyropexie".** *Academie de médecine. 6. Februar 1894.*

Die von Poncet und Taboulay vorgeschlagene Methode besteht darin, dass man den Kropf total oder theilweise nach aussen verrenkt und ihn in dieser Stellung festhält, um ihn zur Atrophie zu bringen. Die Verff. haben diese Methode in 5 Fällen von parenchymatösen und in 9 Fällen von cystischen Kröpfen angewendet. Binnen 5—6 Wochen wurde die Atrophie der ersteren erzielt. Die der letzteren erforderte mehr Zeit. LUC.

200) **Poncet. Die chirurgische Behandlung des Kropfes mittelst Exothyropexie. (The surgical treatment of goitre by exothyropexia.)** *N. Y. Medical Record. 3. März 1894.*

Verf. schlägt eine neue operative Behandlungsmethode unter obigem Namen vor. Er macht zuerst eine Incision in der Mittellinie, zieht dann ein mehr oder weniger grosses Stück von dem Kropfe hervor und fixirt es; dieses atrophirt nach einer verschieden langen Zeit. Diese Methode zeichnet sich aus durch völlige Gefahrlosigkeit und Fehlen der Blutung; sie ist einfach, wirkt schnell und ist be-

sonders bei Kröpfen mit Erstickungsanfällen indicirt. Verf. hat die Methode in 14 Fällen mit Erfolg angewandt. Die Atrophie der Geschwulst erfolgt innerhalb 4—6 Wochen. Nach der Exothyropexie zeigen bei Basedow'scher Krankheit die Allgemeinsymptome Tendenz zum Verschwinden und in einigen Fällen, die geistige Symptome dargeboten hatten, hoben sich nach längerer oder kürzerer Zeit sogar die intellectuellen Fähigkeiten. LEFFERTS.

201) **Wurstdörfer** (Laer). **Erfolge der in der chirurgischen Klinik zu Würzburg ausgeführten Kropfexstirpationen** Dissertation. Würzburg. 1894.

Unter 56 Kropfoperationen, welche von Schönborn in den Jahren 1886 bis 1895 ausgeführt wurden, entfallen 40 auf das weibliche, 16 auf das männliche Geschlecht. In 4 Fällen handelte es sich um Struma maligna, in je 1 Falle um Strumitis purulenta und Struma cystica suppurativa, in 10 Fällen um Str. parenchymatosa cystica, in 8 um Str. parench. colloides, in 1 um Str. parench. vascul., in 4 um Str. cyst., in 3 um Str. fibrosa, in 1 um Str. colloides ossea cystica haemorrhagica.

Die Resultate waren sehr günstige, nur 4,3 pCt. Mortalität. Tetanie wurde nur in 1 Falle nach partieller Exstirpation und Cachexia strumipriva ebenfalls nur 1 mal beobachtet. SEIFERT.

202) **Costanzo** (Triest). **Fall von Cachexia strumipriva, behandelt durch Fütterung mit Thyreoidea. (Un caso di cachessia strumipriva curato colla nutrizione della glandola tiroide.)**

Der Kranke war vor 9 Jahren operirt worden wegen Sarkom der Schilddrüse. Die ersten Erscheinungen der Cachexie hatten sich erst im zweiten Jahre nach der Operation eingestellt; als die Behandlung eingeleitet wurde, waren alle die bekannten Erscheinungen der Krankheit sehr ausgeprägt vorhanden. Der Erfolg war ein eclatanter: der Patient hat jetzt einen guten Appetit, fühlt sich stark, arbeitet ohne Mühe, ist heiter, geht lange Strecken, ohne zu ermüden, hat keine Magenbeschwerden und keine Kopfschmerzen mehr, hat seine genitale Function wieder bekommen; das Aussehen ist jetzt ganz verschieden, wie leicht ersichtlich aus den zwei Photographien, vor und nach der Behandlung mit Thyreoidfütterung. TOTI.

g. Oesophagus.

203) **Dobrowolski** (Warschau). **Lymphknötchen (Folliculi lymphatici) in der Schleimhaut der Speiseröhre, des Magens, des Kehlkopfes, der Luftröhre und der Scheide.** *Ziegler's Beitr. z. pathol. Anatomie. XVI. 1. 1894.*

Im Oesophagus treten die Follikel selten auf, wo sie überhaupt gefunden werden, treten sie in der oberen Hälfte und auf der vorderen Oesophaguswand auf in Form einer circumscripten Leukocytenanhäufung und zwar in der Schleimhaut selbst, gewöhnlich dicht unter dem mehrschichtigen Epithel.

In der Schleimhaut des Sinus pyriformis kommen 1—5 adenoide Follikel

enthaltende Inseln vor und zwar gruppiren sich diese am Boden des Sinus pyriformis oder an der Aussenfläche des Aryknorpels, seltener am Schildknorpel oder noch an anderen Stellen. Manchmal verläuft durch die Insel des adenoiden Gewebes ein Drüsenausführungsgang, in solchen Fällen gruppiren sich die Follikel um ihn herum. In einer anderen Gruppe von Fällen sind die Balgdrüsen im Sinus pyriformis, denjenigen an der Zungenbasis analog, nur etwas kleiner, auch diese finden sich am häufigsten am Boden des Sinus pyriformis, wie an der Aussenfläche des Aryknorpels, seltener auf der Aussenwand des Sinus pyriformis. Unter 60 Fällen fand D. 8mal in anscheinend gesundem S. pyriformis eine solche Tonsilla laryngea s. tonsilla sinus pyriformis. In augenscheinlich gesunder Schleimhaut des Kehlkopfes von Erwachsenen beobachtete D. Lymphknötchen, jedoch nur selten und nur an bestimmten Stellen, wie am Ventriculus Morgagni und noch seltener im Spatium interarytaen. und im unteren Abschnitt der hinteren Epiglottisfläche. Bot dagegen die Schleimhaut die charakteristischen Veränderungen eines chronischen Katarrhs dar, so beobachtete er die Knötchen mehr oder weniger zahlreich; am häufigsten traten sie dabei an der hinteren Epiglottisfläche, seltener am Ventr. Morgagni und im Spatium interarytaenoideum auf. SEIFERT.

204) **Marquet. Eine Nadel im Oesophagus. (Une aiguille dans l'oesophage.)** *Limousin méd. Juni 1894.*

Die Extraction gelang mit der Graefe'schen Zange; der Unfall hatte keine weiteren Folgen. A. CARTAZ.

205) **Wilson. Oesophagotomie zur Entfernung einer Zahnplatte. (Oesophagotomy for removal of tooth plate.)** Liverpool Med. Institution. — *Liverpool Med. Chir. Journ. Juli 1894. Lancet. 21. April 1894.*

Die Operation fand 12 Stunden nach dem Verschlucken des Gebisses statt. Die Entfernung der Platte machte sehr grosse Schwierigkeiten. Der Patient starb 4 Tage später infolge von Erschöpfung. (?) Er war durch eine weiche Sonde, die durch den Mund eingeführt war, ernährt worden. ADOLPH BRONNER.

206) **E. Schmiegelow** (Kopenhagen). **Fremdkörper in der Speiseröhre durch Pharyngotomia subhyoidea entfernt; Heilung. (Fremmed Legeme i Spiseröret, fjernet ved Pharyngotomia subhyoidea; Helbredelse.)** *Ugeskrift for Läger. No. 14—15. 1894.*

Eine Zahnplatte wurde im Schlafe von einem 38jährigen Manne verschluckt. Der Mann wachte auf mit Erstickungssymptomen, die nach und nach verschwanden, und nur einige Schmerzen beim Schlucken blieben zurück. Der Pat. magerte ab, aber war sich der Ursache seiner Krankheit nicht selbst bewusst, als er zu S. ca. 1 Monat nach dem Unfall kam. Die Oesophagussonde passirte leicht ohne einen Fremdkörper zu fühlen, aber beim Laryngoskopiren konnte man den obersten Rand der Zahnplatte im Anfange des Oesophagus sehen. Die Prothese sass sehr fest, so dass man fürchten musste, beim kräftigen Anziehen mittels Zange tiefgehende Rupturen der Oesophaguswandung hervorzurufen. Deshalb machte S. die Pharyngotomie, durch die er die Zahnplatte leicht extrahirte. Genesung.

In unserem Centralblatte hat S. 51 Fälle von verschluckten Zahnprothesen publicirt gefunden. — Von den 52 Fällen (der S.'sche Fall mitgerechnet) ist das Endresultat in 2 Fällen unbekannt, während von den übrigen 50 Pat. 41 = 82 pCt. geheilt sind und 9 = 18 pCt. gestorben sind. Die 52 Fälle sind am Ende der Arbeit schematisch zusammengestellt. Autoreferat.

207) **Wallace. Oesophagotomie und Gastrotomie zur Entfernung eines Gebisses aus dem Oesophagus. (Esophagotomy and gastrotomy for the removal of a denture from the esophagus.)** *Phil. Med. News. 5. Mai 1894.*

Ein Auszug aus dem Artikel des Lancet No. 3862. p. 734 (Vergl. Centralblatt XI. 7. 161. p. 373). LEFFERTS.

208) **Aug. Egloff** (Zürich). **Ueber die Entfernung von Fremdkörpern aus der Speiseröhre, insbesondere durch die Oesophagotomia externa.** *Beitr. z. klin. Chirurgie. XI. 2.*

Veröffentlichung von 6 Fällen, von denen 5 durch die Oesophagotomie geheilt wurden, während einer starb. In weiteren 10 Fällen wurden die verschiedenartigsten Fremdkörper durch die Schlundzange oder den Münzenfänger entfernt, resp. 6mal gingen sie spontan per anum ab. -- Bei 22 Pat. steckte der Fremdkörper 14mal im Anfangs- oder Halstheil des Oesophagus, 5mal im Beginn des Brusttheils, 2mal im unteren Brusttheil und 1mal unmittelbar über der Cardia.

A. ROSENBERG.

209) **R. Froelich. Die äussere Oesophagotomie wegen Fremdkörpers im Oesophagus. (De l'oesophagotomie externe pour corps étranger de l'oesophage.)** *Arch. provincial. de chir. III. No. 11.*

Der Fall betrifft ein kleines Kind, das einen Pfirsichkern verschluckt hatte. Die Sonde blieb 18 cm hinter den Schneidezähnen stecken; es gelang weder den Fremdkörper nach dem Magen zu drängen, noch irgend ein Instrument durch die Enge durchzubringen. Man schritt deshalb zur Oesophagotomia externa und entfernte den Kern. Die Wunde wurde nicht genäht; die Ernährung fand durch die Sonde statt. Nach 3 Wochen war vollständige Heilung erzielt.

F. stellt bei dieser Gelegenheit die analogen Fälle, die seit der Gross'schen Publication (1891) veröffentlicht sind, zusammen; er findet 17 Fälle mit nur 1 Todesfall. Er bespricht die Indicationen des Eingriffs und die Operationstechnik, wobei er besonders die Naht der Oesophaguswunde einer Erörterung unterzieht.

A. CARTAZ.

210) **G. Klemperer. Pulsionsdivertikel des Oesophagus.** *Deutsche medicinische Wochenschrift. 1894. No. 30.*

Vorstellung eines typischen Falles. Kl. weist auf die günstigen Operationsresultate v. Bergmann's hin. LANDGRAF.

211) **Kelling** (Dresden). **Zur Diagnostik des tiefsitzenden Speiseröhrendivertikels.** *Münchner med. Wochenschr. No. 47. 1894.*

Empfehlung einer neuen nach Art des Mercier'schen Katheters abgebogenen Schlundsonde. Die Details der Untersuchung müssen als für ein Referat zu

umfangreich, im Original gelesen werden. Der Kranke selbst war ein 41jähriger Bergmann, bei dem das Divertikel wahrscheinlich nach einem entzündlichen Process entstanden war.

SCHECH.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) J. Walker Downie. Klinisches Handbuch zum Studium der Halskrankheiten. (Clinical manual for the study of diseases of the throat.) Glasgow. 1894.

Wir stehen dem Anschein nach unter einer Hochfluth von Lehrbüchern der Halskrankheiten. Dagegen wäre an sich nichts einzuwenden, wenn sie alle von gleicher Vortrefflichkeit wären. Wenn ein Mann wie Moritz Schmidt, der gleichbedeutend als Kliniker und als Forscher ist, ein Lehrbuch schreibt, so ist dies jederzeit willkommen; und auch dem Compendium Rosenberg's gegenüber muss man zugeben, dass der begabte Lehrer, der jahrelang an einer grossen Poliklinik und unter B. Fränkel's Autorität unterrichtet hat, zur Abfassung eines Lehrbuchs qualificirt war. Für das vorliegende Handbuch dagegen können wir uns weniger erwärmen. Es ist für Studirende und Aerzte bestimmt, die mit der Laryngologie noch nicht vertraut sind. Für solche zu schreiben, erfordert aber mehr Erfahrung, als der Verf. augenscheinlich besitzt, und auch ein grösseres Gefühl der Verantwortlichkeit, als er an den Tag legt. Der Verf. erklärt in der Vorrede, dass sein Buch zum grössten Theile dictirt sei von persönlicher Erfahrung — worin? im Lehren oder in der Kenntniss der Halskrankheiten? Für Lehrzwecke ist es ungeeignet wegen des Mangels an System, Disposition und klarer, anschaulicher und autoritativer Vorführung des Stoffes. Wunderlich geradezu ist das Fehlen jedes Gefühls für Proportion, das wohl grossentheils daher kommt, dass der Autor Punkte, denen eine vitale Bedeutung schwerlich zuzuschreiben ist, durch Mittheilung eigener Fälle illustrirt und dass er überhaupt von allem angezogen wird, was leicht zu sehen ist und darum ein interessantes laryngoskopisches Bild bietet. Warum das Werk „Klinisches" Handbuch heisst, wurde uns nicht klar; die Kapitel über adenoide Vegetationen, Phthise und Krebs, in denen für die Verwerthung eigener und fremder klinischer Erfahrungen freies Spiel gegeben ist, haben wir mit Enttäuschung gelesen. Die Pathologie ist nur flüchtig berührt, es fehlt überall das gesunde Urtheil und das sichere Wissen, das gerade unsere jüngere Generation von Hals- und Nasenspecialisten charakterisirt und das sie öfters sogar zu Uebertreibungen verleitet.

Es ist nicht unsere Absicht, in die Einzelheiten des Buches einzugehen; ein Beispiel genüge, um die vorstehenden Bemerkungen zu rechtfertigen. Das Kapitel über „adenoide Wucherungen" umfasst nur 9 kurze Seiten; von diesen ist eine der Symptomatologie gewidmet. Die Physiognomie wird ganz unzureichend be-

schrieben, die Veränderungen des Mundes gar nicht erwähnt, nur Taubheit, Athembeschwerden und Blutungen sind notirt. Unter den physikalischen Untersuchungsmethoden ist die Rhinoscopia anterior gar nicht genannt, dagegen sind dem Meyer'schen Vergleich der Adenoiden mit einem Haufen Regenwürmer 13 Zeilen gewidmet. Verschiedene Instrumente werden genannt, mit denen die Vegetationen entfernt werden können, nicht ein Wort darüber, wie man sie gebraucht. Und doch muss dem „Studenten und Arzte, der mit den Krankheiten des Schlundes, Rachens und Kehlkopfs vertraut zu werden wünscht", auch gesagt werden, wie er mit einer Gottstein'schen oder Hartmann'schen Curette umzugehen hat.

Derselbe Mangel an Proportion tritt auch in dem Bezugnehmen auf andere Autoren zu Tage. Das Zurückgreifen auf die eigene Erfahrung kann man auch zu weit treiben. Besonders deutlich tritt dieser Fehler bei der Behandlung der tuberkulösen und krebsigen Erkrankung der Stimmbänder und bei den Lähmungen hervor, Themata, mit denen alle ersten Laryngologen sich beschäftigt haben. Bisher glaubten wir, dass Heryng und nicht Krause der erste war, der die Milchsäure in die Behandlung der Larynxphthise eingeführt hat. Diese Ausstellungen sind vielleicht nicht von solcher Bedeutung, allein dem auf diesem Gebiete Erfahrenen müssen sie doch Zweifel an der Aufrichtigkeit und den Intentionen eines Autors erwecken, der den Zweck verfolgt, für den Unerfahrenen zu lehren. Durchdrungen von der schweren Verantwortlichkeit des Lehrers, widerrathen wir aus Princip Jedem, der nicht eine grosse und weite Erfahrung besitzt, den Versuch, ein Lehrbuch zu schreiben, und zu unserm Bedauern müssen wir gestehen, dass Herrn Walker Downie dieser Versuch nicht geglückt ist. A. Kanthack.

---

b) **F. de Havilland Hall,** M. D., F. R. C. P. (London). **Die Krankheiten der Nase und des Halses. (The diseases of the nose and throat.)** Mit 2 colorirten Tafeln und 59 Abbildungen. London. H. K. Lewis. 1894.

Der Kritiker kann nur wenig über H.'s vortreffliches Handbuch sagen, er müsste sich denn auf das Hervorheben von Meinungsverschiedenheiten einlassen, wie sie in grösserem oder geringerem Umfange stets zwischen verschiedenen Vertretern einer engeren Specialität bestehen. Das vorliegende Werk ist vielleicht das beste von den kürzeren Lehrbüchern in der englischen Sprache, die bisher erschienen sind; es zeugt in jeder Hinsicht von persönlicher Vertrautheit mit dem Specialfache, wie von gründlicher Kenntniss der Werke anderer Autoren. Vielleicht dürfte man gerade von H., der bei seiner Stellung als allgemeiner Arzt in erster Linie und als Specialist in zweiter in dieser Beziehung in besonders günstiger Lage ist, vielleicht hätte man von ihm gerade in manchen Punkten ein tieferes Eindringen und gründlichere Aufklärung erwarten dürfen. So hofften wir z. B. in der Frage der postnasalen Adenoidwucherungen von dem Arzte mehr über die constitutionellen Verhältnisse dieser Patienten zu hören und erwarteten eine Erörterung, wenn nicht eine Erklärung, des Zusammenhanges der localen und der allgemeinen Erscheinungen.

Und ebenso wäre H. nach unserer Meinung am meisten berufen, über die Beziehungen von nasalen Affectionen zu chronisch bronchitischer Erkrankung oder über die Coexistenz beider Aufklärung zu geben. Bei der Besprechung der nasalen Reflexe finden wir das Asthma nur so neben anderen Reflexen erwähnt. H. erwähnt Bosworth's Ansicht in dieser Frage; wir würden für unseren Theil auf Mittheilung seiner eigenen Beobachtungen weit mehr Werth legen.

In manchen Fragen ist der blosse Specialist „gehandicappt", im Grossen und Ganzen aber ist das gesammte Buch doch als Emanation eines Arztes anzusehen. An einer Stelle freilich, wo er Front macht gegen die Uebertreibungen mancher Specialisten bezüglich der Heilung hypothetischer Reflexneurosen, führt der Verf. den Leser in das entgegengesetzte Extrem. Wir zweifeln gar nicht daran, dass bei einem Neurastheniker eine Abnormität in der Nase. die bei einem vollkommen gesunden Individuum keinerlei Symptome machen würde, sehr schwere Symptome hervorbringen kann. Wahr ist es, dass in einem solchen Falle die Heilung des neurotischen Zustandes das wissenschaftlichere Beginnen wäre; allein so lange dies nicht ausführbar, was doch für die grosse Mehrzahl der Patienten zutrifft, bringt doch die Beseitigung des localen Reizmomentes oft genug dem Patienten die gesuchte Linderung. Auch die späteren Bemerkung des Verf.'s über das Heufieber, das er nicht länger als incurables Leiden angesehen wissen will, lassen uns annehmen, dass er seine Aeusserungen von Seite 44 gern etwas modificiren wird.

Der den Halsaffectionen gewidmete Theil des Buches bietet weniger Handhaben für die Kritik; er steht in jedem Abschnitt auf der Höhe und berücksichtigt ausgiebig die Anschauungen der verschiedenen Autoritäten. Manchmal wägt der Verf. vielleicht den Werth der Beobachtungen der verschiedenen Autoren nicht discret genug ab. Die Beschreibungen der Krankheitsbilder sind immer klar. Der Angabe, dass die Diagnose eines Lupus des Rachens und Kehlkopfes so grosse Schwierigkeiten hat, können wir nicht beistimmen. Ebensowenig halten wir nach Lennox Browne das Vorhandensein einer Knochen-Nekrose oder -Caries für ein diagnostisches Hilfsmittel. Was hat diese mit den in Rede stehenden Lokalitäten zu thun? Mit Vergnügen sehen wir, dass der Verf. eine primäre Perichondritis des Larynx anerkennt und auch, dass er eine einfache membranöse Laryngitis von der diphtheritischen Infection absondert. Das Kapitel über die tuberculöse Laryngitis ist besonders vollständig und praktisch. Der Stempel des Praktischen ist überhaupt dem ganzen Buche aufgedrückt und schon darum allein verdient es, Aerzten und Studirenden auf das Wärmste empfohlen zu werden.

Greville Macdonald.

---

c) **Grünwald** (München). **Atlas der Krankheiten der Mundhöhle, des Rachens und der Nase.** München. J. F. Lehmann. 1894.

Der von der Kritik sehr freundlich aufgenommene Atlas gehört zu den von der Lehmann'schen Verlagsbuchhandlung zur Ausgabe gelangenden Handatlanten, welche durch ihren billigen Preis zur Erwerbung für die Studirenden

sich eignen sollen. Es lässt sich darüber streiten, ob dieselben von solchen Handatlanten einen wesentlichen Nutzen haben werden. Ein solcher wird unzweifelhaft gewonnen, wenn die Bilder eine so naturgetreue Wiedergabe des pathologischen Processes darstellen, dass allein aus dem Bild die Natur desselben erkannt werden kann. Wo das nicht der Fall ist, besitzen solche Atlanten nur einen problematischen Werth. Betrachtet man von diesem Gesichtspunkt aus die Abbildungen in dem Grünwald'schen Atlas, so müssen wir zugeben, dass einzelne derselben sehr gut den weitgehendsten Anforderungen entsprechen, insbesondere die Photographieen und der grössere Theil der auf den Nasenrachenraum und auf die Nase sich beziehenden Darstellungen. Dagegen lassen die allermeisten der Mund- und Nasenkrankheiten darstellenden Bilder sehr viel zu wünschen übrig, es ist uns bei diesen unmöglich gewesen, ohne Controle des begleitenden Textes aus den Bildern allein die Diagnose zu stellen. Seifert.

---

d) **Maximilian Bresgen. Der Kopfschmerz bei Nasen- und Rachenleiden und seine Heilung, unter besonderer Berücksichtigung der angeborenen und erworbenen Unregelmässigkeiten der Nasenscheidewand.** 60 pp. Langkammer. Leipzig. 1894.

Der Verf. hat so häufig Kopfschmerzen beobachtet, die keiner Behandlung wichen und die von nicht erkannten und behandelten Erkrankungen in der Nasenhöhle abhängig waren, dass er diese Frage zum Gegenstande besonderer Studien machte, deren interessante und praktisch wichtige Ergebnisse er in der vorliegenden Broschüre mittheilt. Die Darlegungen B.'s sind im Wesentlichen dem erfahrenen Specialisten nicht neu, allein die eingehende Erörterung der Frage und ihre Illustration durch eine Reihe typischer Fälle sind doch von Werth. In den meisten Fällen bestanden neben dem Schmerz oder Druck im Kopf noch Symptome, welche die Aufmerksamkeit des Specialisten sofort auf die Nasenhöhle lenken mussten, aber in manchen Fällen waren dieselben doch so geringfügig, dass, wer nicht genau darauf achtete, sie leicht hätte übersehen können. Ein Zusammenhang zwischen Kopfschmerz und Nasenerkrankung besteht nach B. in vielen Fällen, allein indiscrete und zuweitgehende Anwendung dieses Princips kann leicht zu Missgriffen führen und wenn in einem solchen Falle eine energische Behandlung der Nase die gestellte Prognose Lügen straft, dann ist es stets die rhinologische Specialität, deren Renommé darunter leidet. Der Verf. spricht warnende Worte in seiner Einleitung, welche — leider, nach unserer Meinung — in so populärer Form gefasst ist, dass sie jedem Laien verständlich ist. Er warnt die Patienten vor der Annahme, dass, weil ihre Nasen von einem Specialisten — vielleicht einem „sogenannten", keinem der wenigen, „die auserlesen", möglicherweise einem „Sechswochen-Specialisten" — ohne Besserung ihres Kopfschmerzes gebrannt wurden, dass deshalb nicht ein besser unterrichteter, dessen Name natürlich nicht genannt wird, doch noch Nutzen bringen könne. Der Verf. erkennt die Bedeutung anderer Factoren, besonders der sexuellen Reizung, vollständig an,

glaubt aber, dass diese den Kopfschmerz oft durch die Vermittelung der Nase erzeugen. So schuldigt er in zwei Fällen, die er mittheilt, die Onanie und den Coitus interruptus als Ursache der Kopfschmerzen an; diese hörten nach Behandlung der Nase auch auf, trotzdem die genannten Schädlichkeiten fortdauerten. Wir nehmen nicht an, dass der Verf. aus diesen Fällen eine Moral gezogen wissen will. In den allermeisten Fällen bestanden Abweichungen des Septums oder Hervorragungen der verschiedensten Art. Der Verf. greift diese mit dem Cauter, dem Meissel, der Elektrolyse oder mit einer Combination dieser Methoden an. Er giebt mehrere werthvolle therapeutische Winke, von denen die folgenden von Interesse sind. Nach der Cauterisation applicirt er Methylenblau mittelst einer feinen mit einer dünnen Watteschicht bekleideten Sonde, die erst in einen Brei von Krystallen in Wasser und dann in die trockenen Krystalle eingetaucht wird. Bei Eiterung der accessorischen Höhlen applicirt er Hexa-Ethylviolett, das auf eine gekrümmte Platinsonde angeschmolzen wird. Blutungen vermeidet er nach Abtragungen von Theilen der Muscheln mit der Schlinge, indem er eine 40proc. Chromsäurelösung mittelst eines Wattetampons, der auf der Sonde flüchtig in die Lösung eingetaucht wird, auf die Schnürfläche aufdrückt. Als werthvolles Palliativmittel empfiehlt Verf. das Phenacetin, innerlich in Dosen von 1 g drei- oder viermal täglich in Zwischenräumen von $1^1/_2$—2 Stunden gegeben.

Von der principiellen Bedeutung abgesehen, bleibt B.'s Schrift auf alle Fälle ein interessanter und werthvoller Zuwachs zur casuistischen Literatur und ihre Lectüre ist darum als angenehm und lehrreich zu empfehlen.

Dundas Grant.

---

e) **Feer** (Basel). **Aetiologische Beiträge zur Diphtherie aus dem Kinderspital in Basel.** Mittheilungen aus den klinischen und medicinischen Instituten der Schweiz. Bei Sallmann, Basel und Masson, Paris. Heft 7. I. Reihe. 1894.

Das Material dieser gründlichen und höchst interessanten Arbeit umfasst die klinisch- und städtisch-statistische Zahl von ca. 4200 Fällen in dem Zeitraum von 1873 bis 1892. Die Schrift von 180 Seiten zerfällt in 3 Abtheilungen:

a) bakteriologische Untersuchungen über Diphtherie,
b) Verbreitungsweisen der Diphtherie,
c) die Tracheotomie und ihre Resultate.

A. Zur bakteriologischen Untersuchung gelangten 38 Fälle bacillärer Diphtherie; 6 Fälle von Kokkendiphtherie; 11 lacunäre Anginen.

Unter den 44 Fällen mit dem klinischen Bilde waren 6 Fälle nicht bacillärer Natur, sondern Kokken- oder Pseudodiphtherien, was der Thatsache entspricht, dass von scharfen Beobachtern immer croupöse Anginen, z. B. die Angine couenneuse maligne et commune, unterschieden wurden, die nicht zur Diphtherie gehören sollten und zu welchen Formen wahrscheinlich auch der genuine nicht diphtheritische Kehlkopfcroup theilweise gehört. Es wurden ferner massenhafte

Bacillen in der Trachea nachgewiesen in Fällen, wo keine Membranen vorhanden waren, ebenso bei genuinem Croup im Schleim des Rachens und der Tonsillen. Selbst bei ganz gutartiger Rhinitis membranosa wurden häufig virulente Bacillen gefunden. Solche konnten auch bis 10 Tage nach dem Verschwinden der Membranen auf der Schleimhaut nachgewiesen werden.

Von jenen 38 ächten Diphtherien starben 15. In 20 Fällen waren Kehlkopf und Trachea mitbetheiligt und an diesen 16 Tracheotomien und 2 primäre Intubationen ausgeführt.

Nach Verf. finden sich lacunäre Anginen, Pseudodiphtherien und bacilläre Diphtherien oft neben einander. Unter 11 Fällen dieser folliculären Anginen fand man bei zweien virulente Bacillen in Menge, bei 4 Fällen liess sich beweisen, dass die lacunäre Angina wirklich infectiöser und vielleicht contagiöser Natur ist. Nach Verf. besteht kein Zweifel darüber, dass es Uebergangsformen aller Art giebt, von der einfachen benignen Angina lacunaris bis zur ausgedehnten Kokkendiphtherie.

B. Die Untersuchungen über die Verbreitungsweise der Diphtherie zerfallen in folgende Kapitel: Historische Einleitung: z. B. Charakter der Epidemien voriger Jahrhunderte. — Unser Material und seine Verwendung. — Allgemeine Uebersicht der Diphtheriefälle. Zahl 4260. Dieselben, nach Monaten betrachtet, ergeben deutlich die numerische Abhängigkeit von den Jahreszeiten, das Maximum im Januar, das Minimum im August und September. — Alter und Geschlecht: 1914 männlich, 2326 weiblich. — Verbreitung über Gross- und Kleinbasel. Betheiligung der einzelnen Strassen. — Die einzelnen Häuser: Diese sind oft constante Herde von Diphtherie. Im Ganzen sind die unteren Stockwerke, oft wegen feuchter, dunkler Höfe, mehr ausgesetzt als die höhern. Parterre- und feuchte Wohnungen scheinen die Fortpflanzung auf den Kehlkopf zu begünstigen. — Einfluss hygienischer Mängel der Wohnhäuser: Sehr dicht von ärmlichen Familien bewohnte Häuser weisen nicht nur die zahlreichsten, sondern auch die schwersten Fälle auf. Die hygienischen Häuser der wohlhabenden Klassen haben selten schwere Diphtheriefälle. Die Fussböden, welche oft feucht sind, beschädigte Fussböden und schadhafte Abtritte und Abtrittrohre sind höchst gefährlich. Ref. erinnert sich der Broschüre von Dr. Ludwig in Pontresina, welcher eine schlimme Epidemie daselbst fast ausschliesslich solchen Röhren und Abtritten entlang verfolgen konnte. — Weitere ätiologische Momente: Der Einfluss der vielbeschuldigten Milch — in England sind schon bekannt die Diphtheriepusteln an den Kuheutern (Ref.) — der Einfluss der verschiedenen Berufsarten, der Religionen resp. Rassen, konnte in dem vorliegenden Material nicht erkannt werden. — Zähigkeit des Virus: Löffler'sche Bacillen erhalten sich in Membranen oder künstlichen Züchtungen 8 Monate lang virulent. Die Jahre durch an einzelnen Stellen stets wieder auftretenden Diphtheriefälle sprechen auch dafür. Die Kinder sind natürlich am meisten ausgesetzt: „Kleine Kinder führen alle möglichen Gegenstände und die schmutzigen Händchen beständig zum Munde, eine Gewohnheit, welcher gewiss eine hohe Bedeutung für die Verbreitung der Diphtherie im Kindesalter zukommt; daher auch kleinste Kinder, bei denen die Greifbewegungen und die Locomotionen

nicht vorhanden oder wenig entwickelf sind, relativ selten erkranken. — Contagiosität und Verbreitung der Diphtherie durch Contagion. Schlüsse: „Die grossen Zahlen von Erkrankungen in einem Hause entstehen erst langsam im Laufe der Jahre durch immer wiederholtes Hinzutreten neuer Fälle. Die Dichtigkeit der Bevölkerung an sich ist ohne Einfluss auf die Diphtherie. Die dicht bewohnten Strassen und Häuser zeigen relativ mehr Diphtheriefälle als die guten, weil sie in hygienischer Hinsicht schlechter sind."

Fast alle Fälle, wo Ansteckung angenommen werden kann, kommen in der gleichen Familie oder im gleichen Hause vor. Durch blosse Besuche bei Kranken giebt es selten Ansteckung und auch Schulbesuch zeigt sich selten als Ursache zur Verbreitung. Die Ansteckung erfolgt ganz gewiss nur schwer und erfordert intimern und längern Verkehr: „Die seltene Disposition zu Diphtherie und die Zählebigkeit des Virus derselben erklären in vollkommener und ungezwungener Weise die Entstehungs- und Verbreitungsweise der Diphtherie auf endemischem Wege durch die durchseuchten Häuser. Die Contagion spielt nur eine nebensächliche Rolle und wird durch die relative Seltenheit der Disposition sehr oft vereitelt."

Einen wichtigen Factor zur Verbreitung sieht F. im häufigen Wohnungswechsel. Derselbe wirkt nachtheilig auf die gute Instandhaltung der Wohnungen und es kommen immer neue Menschen mit dem inficirten Hause in enge Berührung. — Besondere Familiendisposition möchte Verf. nur annehmen unter Anwendung der Lehre von der Immunität und deren Vererbung. Langes Verschontsein kann um so grössere quantitative und qualitative Empfänglichkeit zur Folge haben, wie es für andere Infectionskrankheiten der Fall ist, (Syphilis im Mittelalter, Masern, Scharlach u. a.), deren erstes Auftreten sich an einem Ort besonders gefährlich gestaltete. Der Ansicht von der häufigen Uebertragung durch Abortivfälle pflichtet Verf. nicht bei.

C. Die Tracheotomien bei Diphtherie des Kinderspitales zu Basel und ihre Wundcomplicationen, 1873—92; Folgezustände der Tracheotomie im späteren Leben.

Von 333 Fällen sind geheilt 136 = 41 pCt.
„ 333 „ „ gestorben 177 = 59 „

also sehr günstige Resultate. Die Fälle ohne Betheiligung der Rachenorgane boten fast 20 pCt. mehr Heilungen als die anderen. Der Tod erfolgt meist durch Bronchopneumonie, am nächsthäufigsten durch croupöse Pneumonie, und zwar vorzüglich am 2., 3., 4. oder 15. Tag.

Wundcomplicationen.

Die Zeit des Decanülements wird sehr verzögert bei Cricotracheotomie gegenüber der reinen oberen und unteren Tracheotomie, und wird fast nur durch Granulationswucherungen verursacht, welche bei der Cricotracheotomie am häufigsten auftreten. Narbenstenose kam in 3 Fällen vor: Wunddiphtheritis in 92 Fällen und fast immer nur bei solchen, welche an Rachendiphtherie litten. Sie ist jetzt durch die Jodoformbehandlung

viel seltener geworden. 30mal gab es starke Nachblutungen, 18mal mit tödtlichem Ausgang. Ihre Ursache war meist Wunddiphtherie, 5mal Scharlachinfection, 4mal latente Tuberkulose und 1mal Decubitus tracheae.

Die Folgezustände der Tracheotomie im späteren Leben. Unter 90 Fällen, die man später noch ermitteln konnte, bekam Verf. 60 in Untersuchung und von 8 Fällen erhielt er sichere Auskunft. Bezügl. Stimme und Respiration waren 68 normal und 22 mit dauernden Störungen behaftet. Unter den letzteren hatten alle chronischen Katarrh, manche schwache und rauhe Stimme und in Folge der durch die Cricotomie entstandenen Knickung des Ringknorpels vorn mehrere Fälle Stenosen.

Die mangelhaft restituirten Kehlkopffälle vertheilten sich wie folgt auf die die verschiedenartigen Luftröhrenschnitte:

4 Fälle auf 4 Cricotracheotomien mit Ligament. cond.
16 „ „ 56 Cricotracheotomien.
2 „ „ 20 reine obere Tracheotomien.
0 „ „ 2 untere Tracheotomien.

Je näher also die Operation dem stimmbilden Organe, um so häufiger die Störungen!

Verf. kommt aus diesen Gründen zum Schlusse, dass die Cricotracheotomie bei Croup eine verwerfliche Operationsmethode sei.

Am Schluss des Buches ist eine Tabelle zur Uebersicht des genauen Kehlkopfbefundes der 60 nach mehrjährigem Zeitraum normal befundenen Fälle.

Jonquière.

III. Briefkasten.

J. Gottstein †.

Mit tiefer Betrübniss machen wir unseren Lesern die Mittheilung von dem am 10. Januar 1895 erfolgten Ableben Prof. J. Gottstein's. Wohl niemand, der den Verstorbenen noch bei Gelegenheit des römischen Congresses in vollster Rüstigkeit an den Arbeiten der Section theilnehmen sah, ahnte, dass diesem reichen Leben sobald ein Abschluss bevorstehen sollte! — Die Laryngologie hat durch Gottstein's Tod einen der schwersten Verluste erlitten, der sie treffen konnte. Eine eingehende Würdigung der Verdienste des Verblichenen werden wir in unserer nächsten Nummer bringen.

63. Jahresversammlung der British Medical Association, London, 30. Juli bis 2. August 1895.

Die 63. Jahresversammlung der British Medical Association wird — zum ersten Male nach 22 Jahren — in diesem Jahre in London tagen, und zwar vom 30. Juli bis 2. August. Es wird mit Bestimmtheit erwartet, dass die diesjährige Zusammenkunft eine ungewöhnlich glänzende werden, und durch die Theilnahme zahlreicher ausländischer Collegen verschönt sein wird. Das Bureau der laryngologischen Section ist folgendermaassen zusammengesetzt:

Präsident: Dr. Felix Semon.
Vicepräsidenten: Sir Philip Smyly (Dublin),
Dr. W. Mac Neill Whistler (London),
Dr. F. de Havilland Hall (London),
Dr. Greville Mac Donald (London),
Dr. Scanes Spicer (London),
Dr. A. W. Sandford (Cork).
Secretäre: Dr. J. Middlemass Hunt, 55 Rodney Street Liverpool,
Dr. St. Clair Thomson, 28 Queen Anne Street W. London,
Dr. E. B. Waggett, 66 Park Street, Grosvenor Square W. London.

Von den drei letztgenannten Herren fungirt Dr. Waggett als Schriftführer für London, Dr. Hunt als Schriftführer für die Provinzen und Dr. St. Clair Thomson als Schriftführer für ausländische Correspondenz.

Das Programm für die allgemeinen Discussionen der Section nebst den Namen der Einführenden hoffen wir in der nächsten Nummer den Collegen vorlegen zu können.

Jahresbankett der Londoner laryngologischen Gesellschaft.

Das diesjährige, am 9. Januar 1895 im Café Royal unter Vorsitz des Präsidenten, Dr. Felix Semon, abgehaltene Jahresbankett der Londoner laryngologischen Gesellschaft gestaltete sich zu einer Anerkennung für unsere Bestrebungen, wie sie die britische Laryngologie bisher kaum in ihren Annalen zu verzeichnen gehabt hat. Das Fest wurde durch die Gegenwart einer Reihe der ersten Aerzte Londons beehrt, und den vom Präsidenten auf die Gäste ausgebrachten Trinkspruch, in dessen Verlauf derselbe eine kurze Schilderung der Geschichte und der Bestrebungen der Gesellschaft gab, und die Mittheilung machte, dass ihre Mitgliederzahl im Laufe von nur zwei Jahren von 28 auf 90 angewachsen sei, beantworteten der Präsident des Royal College of Physicians (Sir Russell Reynolds, Bart.) und Dr. Ord mit einem Toast auf das Gedeihen der Gesellschaft und das Wohl des Präsidenten. — Sir William Mac Cormac trank auf das Wohl der Ehrenmitglieder, Senhor Manuel Garcia und Sir George Johnson's, welche beide gegenwärtig waren, und es erweckte begeisterten Enthusiasmus, als der jetzt in seinem 91. Jahre stehende, aber bewundernswürdig jugendfrische Vater der Laryngoscopie, Manuel Garcia seiner Freude über die ihm gezollte Anerkennung und über das Aufblühen unserer Specialität in rührend bescheidener Weise Ausdruck verlieh. Andere Toaste galten den Secretären und den Künstlern (Mr. Shakespeare und Mr. Plunket Greene), die das Bankett durch treffliche Gesangvorträge verschönt hatten, eine geistvolle Rede des bekannten Schauspielers Mr. Beerbohm Tree rief allgemeine Heiterkeit hervor, und erst in später Stunde trennte sich die Gesellschaft. —

Wer hätte vor 15 Jahren gewagt, vorauszusagen, dass der Präsident des Royal College of Physicians of London auf das Wohl einer laryngologischen Gesellschaft einen Trinkspruch ausbringen würde! — — —

Tempora mutantur et nos mutamur in illis.

Gedruckt bei L. Schumacher in Berlin.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XI. Berlin, März. 1895. No. 9.

Jacob Gottstein †.

Unsere Leser wissen bereits aus der kurzen Notiz im Briefkasten der letzten Nummer von dem schmerzlichen Verluste, der die Laryngologie durch das Hinscheiden Jacob Gottstein's betroffen hat. Heute erübrigt uns nur ein Bild von dem Leben und Wirken des Verstorbenen zu geben und seiner Verdienste um unser Specialfach zu gedenken. Für die Mittheilungen über seinen Lebensgang und seine letzte Krankheit, sowie für das am Schlusse dieses Nachrufs folgende Verzeichniss seiner hauptsächlichen Schriften sind wir dem Schwiegersohn und treuen Mitarbeiter des Verblichenen, Herrn Collegen Richard Kayser in Breslau zu ganz besonderem Danke verpflichtet.

Jacob Gottstein war am 7. November 1832 in Lissa (Provinz Posen) geboren, kam 1852 auf die Universität Breslau und empfing hier besondere Anregung durch seine Lehrer Frerichs und Middeldorpff. Schon als Student löste er eine akademische Preisaufgabe: De Bichati vi historica. Nachdem er sich in Breslau als praktischer Arzt niedergelassen hatte, begann er im Anfang der 60er Jahre sich speciell mit Laryngologie und später auch mit Otologie zu beschäftigen. Anleitung hierzu erhielt er von Tobold in Berlin und von

Politzer in Wien; im Wesentlichen aber war er Autodidakt. Im Jahre 1864 exstirpirte er seinen ersten Larynxpolypen. Er habilitirte sich als Privatdocent an der Breslauer Universität mit einer histologischen Arbeit über den feineren Bau der Schnecke. Seitdem entfaltete er eine immer ausgedehntere Thätigkeit in seiner Poliklinik, die zuletzt jährlich von nahezu 2000 neuaufgenommenen Kranken aufgesucht wurde. Im Jahre 1889 wurde ihm der Professortitel verliehen.

Gottstein's Tod erfolgte am 10. Januar 1895 plötzlich an Herzlähmung. Bedrohliche Vorboten hatten sich bereits einige Zeit vorher bemerklich gemacht. Schon vor fünf Jahren war ein Anfall heftiger Schmerzen in Herz- und Magengegend aufgetreten, der allerdings in einigen Tagen vorüberging. Der Leidende selbst und die von ihm consultirten Aerzte waren geneigt, diesen Anfall als eine möglicherweise durch Gallensteine bedingte Cardialgie anzusehen; jedenfalls war derzeit am Herzen und an den grossen Gefässen nichts Abnormes nachzuweisen gewesen. Seit dieser Zeit empfand Gottstein bei grösserer körperlicher Anstrengung — Treppensteigen etc. — einen beengenden Schmerz in der Brustbeingegend, befand sich aber im Uebrigen wohl und litt nur an Atonie des Magens und seltenen und rasch vorübergehenden Anfällen von Unregelmässigkeit des Pulses. Etwa fünf Wochen vor seinem Tode erfolgte ein neuer, heftiger und mehrere Tage anhaltender Schmerzanfall, der dann nachliess, aber nicht ganz verschwand und besonders nach Nahrungsaufnahme sich verschlimmerte. Auch das Allgemeinbefinden wurde schlecht, doch konnte er noch am 1. Januar dieses Jahres zum Besuche seines — wie wir zu unserem grossen Bedauern hören — dort schwer krank niederliegenden, einzig ihm übrig gebliebenen Sohnes nach Berlin reisen. Am 6. Januar fing der Puls an, auffallend beschleunigt und klein zu werden. Obwohl auch jetzt noch am Herzen und den Nieren objectiv nichts Abnormes zu finden war, so musste man doch annehmen, dass Degenerationsvorgänge am Herzen — wahrscheinlich atheromatöse Veränderungen der Coronararterien — vorlägen. Noch am 8. Januar aber hielt Gottstein seine Sprechstunde ab. In der Nacht vom 9. zum 10. Januar trat plötzlich Lungenödem ein. Der Kranke selbst hielt sich für verloren; noch einmal aber erfolgte kurze Besserung, der Puls wurde langsamer und kräftiger, und der Leidende selbst und die ihn behandelnden Aerzte glaubten bereits über das

Schlimmste hinweg zu sein, als am Nachmittage des nächsten Tages (des 10. Januar) um 3 Uhr plötzlich Herzlähmung und Tod eintrat.

Mit Jacob Gottstein haben wir einen Laryngologen ersten Ranges, der Besten einen unter uns verloren. Jede seiner Veröffentlichungen trägt den Stempel gewissenhafter, geduldiger Arbeit, sorgfältigster Selbstkritik, genauester und unparteiischer Prüfung, das Gepräge neidloser Anerkennung der Leistungen Anderer, reichen allgemeinen Wissens, unermüdlicher, stets frische Hand anlegender Feile in der Darstellung des von ihm Gebotenen — kurz: derjenigen Eigenschaften, die ihren glücklichen Besitzer als in erster Stelle zum Verfasser eines Lehrbuchs berufen hinstellen. Und in seinem berühmten Lehrbuch hat Gottstein die Höhe seiner Leistungen und mit ihnen seinen Weltruf erlangt. Bleibt sein Name auch untrennbar mit der von ihm erdachten Tamponade bei Ozaena, mit seiner vortrefflichen Curette für die adenoiden Vegetationen verbunden, sichern ihm auch seine sonstigen Detailarbeiten in der Hals- und Ohrenheilkunde schon an sich ein ehrendes Andenken in beiden Specialitäten, so lassen sich doch diese Leistungen an Bedeutung nicht mit der Herstellung eines Lehrbuchs vergleichen, von dem ich noch vor $1^1/_2$ Jahren in diesem Centralblatt mit gutem Recht sagen durfte (Vol. X. p. 105), dass ich kein zweites Lehrbuch unseres Faches kennte, „das neben der reichen eigenen Erfahrung so getreu und vollständig den gegenwärtigen Standpunkt unseres Wissens wiederspiegelte, als das Gottstein'sche.“ Das ist das höchste Lob, das man einem Lehrbuch spenden kann, und es war in jeder Beziehung ein wohl verdientes. Ich bin durchaus kein unbedingter Anhänger der Anschauung, dass der äussere Erfolg eines Buches, d. h. der Umstand, dass es binnen kurzer Zeit durch mehrere Auflagen läuft, der beste Beweis für seinen inneren Werth ist: ich habe schon recht schlechte und, wie mir schien, durchaus überflüssige Bücher in grosser Schnelligkeit mehrere Auflagen durchlaufen, und andere, die von einer Reihe der competentesten Kritiker als vorzüglich anerkannt wurden und einem wirklichen Bedürfnisse zu entsprechen schienen, nie über die erste Auflage hinauskommen sehen. Wenn aber die Popularität eines Werkes als Massstab seiner Vorzüglichkeit überhaupt anerkannt werden darf, so gilt von dem Gottstein'schen Lehrbuch wahrlich das alte Wort: „Vox populi, vox Dei!“ — Nicht nur in Deutschland erfreut es sich allge-

meinster Anerkennung; ins Englische, Französische und Russische übersetzt, hat es den Namen seines Verfassers in alle Welt hinausgetragen und denselben zu einem der bestgekanntesten und hochgeachtetsten unter den Laryngologen aller Länder gemacht. Kann etwas unseren Schmerz über den Verlust unseres lieben Genossen mildern, so ist es die Aussicht, dass sein Lebenswerk nicht mit dem Tode seines Verfassers der Vergänglichkeit anheimfallen wird. Gottstein's treuer und intimer Mitarbeiter, sein Schwiegersohn Richard Kayser, dem unsere Specialität bereits eigene werthvolle Arbeiten verdankt, wird, wie wir zu unserer Freude mittheilen können, versuchen, das Werk auch weiterhin lebensfähig zu erhalten. Dem Andenken seines allverehrten Schwiegervaters kann kein schönerer Dienst erwiesen werden und wir wünschen dem Collegen herzlich Glück zu seinem Beginnen.

Persönlich war Gottstein einer der liebenswerthesten Collegen, denen ich begegnet bin. Mit grosser Bescheidenheit und Zurückhaltung paarte er Milde des Urtheils fremden Schwächen gegenüber, wenn er auch, wo er auf Niedrigkeit der Gesinnung stiess, mit Recht sehr streng sein konnte. Bittere Erfahrungen sind ihm nicht erspart geblieben. Schmerzlich empfand er es, dass er bei der Ertheilung des Lehrauftrags für Laryngologie an der Breslauer Universität übergangen wurde, tiefe Entmuthigung sprach aus seinen derzeit an mich gerichteten Briefen, und ich glaube, dass er diese Enttäuschung nie ganz überwunden hat. Aber diese irdischen Bitternisse sind jetzt für ihn vorüber und er hat sich selbst ein Denkmal gesetzt, das seine Lebenszeit überdauern wird. Der Name Jacob Gottstein's wird in der Geschichte der Laryngologie unvergessen bleiben!

Felix Semon.

Aus Gottstein's zahlreichen Publikationen seien die nachfolgenden erwähnt:

Exstirpation eines Sarcoms bei einem 7jährigen Kinde. Wien. Med. Wochenschr. Bd. 4.

Klinische und Kritische Bemerkungen zur Ohrenheilkunde. Arch. f. Ohrenheilkunde. 3—4.

Mechanische Erweiterung des äusseren Gehörganges. Berl. Klin. Wochenschr. 1868.

Ueber intralaryngeale Auflösung von croupösen Membranen durch Kalkwasser. Med. Centralbl. 1867.

Ueber Ozaena und eine einfache Behandlungsmethode derselben. Berl. Klin. Wochenschr. 1878.
Ueber Pathologie und Therapie der Ozaena. Bresl. ärztl. Zeitschr. 1879.
Ueber den Werth der Inhalationen. Bresl. ärztl. Zeitschr. 1881.
Ueber die verschiedenen Formen von Rhinitis und ihre Behandlung durch Tamponade. Berl. Klin. Wochenschr. 1881.
Beitrag zur Asthma-Idiosyncrasie. Bresl. ärztl. Zeitschr. 1881.
Ueber den Menière'schen Symptomencomplex. Zeitschr. f. Ohrenheilk. Bd. 9.
Beiträge zur neuropathischen Form des Menière'schen Symptoms. Aus. f. Ohrenheilk. 3. 17.
Ausstossung fast des ganzen Schläfebeins. Arch. f. Ohrenheilk. Bd. 16.
Gehörsverminderung bei Schlossern und Schmieden. Bresl. ärztl. Zeitschr. 1881.
Eine neue Röhrenzange für Operationen im Kehlkopf etc. Berl. Klin. Wochenschr. 1883.
Ueber die Abtragung der adenoiden Vegetationen. Berl. Kl. Wochenschr. 1886.
Bemerkungen über Larynxabscesse. Berl. Kl. Wochenschr. 1886.
Beiträge zu den Affectionen des Gehörs bei acuten Exanthemen. Arch. f. Ohrenheilk. Bd. 17.
Zur Diagnose und Therapie des Kehlkopfkrebses. 1890.
Ueber Durchleuchtung des Kehlkopfes. Deutsch. med. Wochenschr. 1889.
Ueber Localbehandlung der Kehlkopftuberculose. Berl. ärztl. Zeitschr. 1888 und
Lehrbuch der Kehlkopfkrankheiten. I. Aufl. 1884. (Uebersetzungen ins Französische, Englische und Russische.) II. Aufl. 1888. III. Aufl. 1889. IV. Aufl. 1893.

II. Referate.

a. Allgemeines, Parotis, Medicamente etc.

1) **W. Posthumus Meyes** (Amsterdam). **Oeffentlicher Vortrag zur Eröffnung seiner Vorlesungen über Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten. (Openbare voordracht, gehouden tot opening zijner lessen over keel-, neus- en oorziekten.)** *Ned. Tijdschr. v. Geneesk. 1894. II. No. 18.*

Eine Causerie.

H. BURGER.

2) **L. Mandowsky. Ein Beitrag zu der chirurgischen Pathologie und zu den Operationen der Parotisgeschwülste.** Aus Prof. Schüller's Klinik in Berlin. *Der ärztl. Praktiker. 9. August 1894.*

Bei einer Patientin mit hereditärer Lues fand sich in der Parotisgegend eine etwa taubeneigrosse, derbe, mit der Umgebung verwachsene, auf der Unterlage

nicht verschiebliche Geschwulst. Sie wurde exstirpirt und erwies sich mikroskopisch als eine gummös veränderte Lymphdrüse.

In einem zweiten Artikel beschreibt M. die Schüller'sche Methode der Exstirpation der Parotis. A. ROSENBERG.

3) **Kröhl** (Lausigk). **Ein Beitrag zur Lehre von den Mischgeschwülsten der Ohrspeicheldrüse.** Dissertation. Würzburg. 1893.

Fall von Chondro-Myxo-Sarcom der Parotis. Die Geschwulst hatte offenbar die ganze Parotis eingenommen, denn es war nur an wenigen Präparaten spärliches Drüsengewebe zu finden. SEIFERT.

4) **Th. Herlofsen** (Norwegen). **Corpus alienum gl. parotideae.** *Med. Revue. 1893, S. 3.*

Eine suppurative Parotitis, bei der incidirt werden musste, hatte sich durch das Eindringen eines Strohhalmes in den Ductus Stenonianus entwickelt.

SCHMIEGELOW.

5) **Eberle** (St. Gallen). **Congenitale Lues der Thymus.** Zürcher Dissertation. Zürich. Ovell & Füssli. 1894.

Es handelt sich natürlich um einen Neugebornen, der neben andern Symptomen von S. eine indurirte von Eiterhöhlen durchsetzte Thymus zeigte. Einige wenige ähnliche Fälle wurden von Andern beschrieben. Die Eiterhöhlen fasst E. nicht als Abscesse auf, sondern als die erweiterten ursprünglichen epithelialen Räume der Thymus, deren Verschwinden durch die Eiteransammlungen verhindert wurde. Es läge also eine Entwicklungshemmung vor, bei welcher die Innenfläche der Höhlen sich in eine der Rachenschleimhaut ähnliche Mucosa umwandelt. In den Epithelien derselben fand er Zellen mit Vacuolen, welche er als Degenerationsproducte deutet. JONQUIÈRE.

6) **S. Solis-Cohen. Ein Fall von Akromegalie nebst Bemerkungen über die Behandlung mittelst getrockneter Schilddrüse. (A case of acromegaly with remarks on the treatment by desiccated thyreoid gland.)** *N. Y. Med. Journal. 16. Juni 1894.*

Verf. stellt den Fall vor, um auf gewisse Gewebsveränderungen die Aufmerksamkeit zu lenken, die bisher in der Akromegalie noch nicht bemerkt oder wenigstens nirgends erwähnt wurden, und um auf die augenscheinlich guten Resultate der Behandlung mit getrockneten Schilddrüsen hinweisen. LEFFERTS.

7) **Harry Campbell** (London). **Ein Fall von Akromegalie. (A case of acromegaly.)** *Brit. Med. Journal. 17. November 1894.*

Demonstration des Patienten, eines 46jährigen Mannes, am 9. November 1894 vor der Clinical Society of London. Die Augenlider, die Nase (in allen constituirenden Theilen), die Lippen, die Ohren, der Unterkiefer, die Zunge, der weiche Gaumen, die Tonsillen und die Hände waren bedeutend vergrössert. Unter dem Gebrauch von Arsenik (30 Tropfen dreimal täglich) war zur Zeit der Demonstration bereits eine Verbesserung erfolgt. SEMON.

8) **Bobone** (St. Remo). **Das Jodsilber in statu nascente bei Ohren-, Nasen- und Halsleiden. (L'ioduro d'argento allo stato nascente nelle malattie dell'orecchio, del naso e della gola.)** *Arch. ital. di Otologia. 1894. No. 2.*

Das Mittel ist ein gelbes Präcipitat, entstanden aus der Reaction zweier hydroglycerinischer Lösungen von Argentum nitricum und Jodkali. Es wird auf die Nasen-, Pharynx- und Larynxschleimhaut mittelst Spatel oder Pinsel applicirt.

Verf. giebt an, davon gute Erfolge bei Rhinitis simplex, bei R. scrophulosa der Kinder, bei R. atrophica mit Krusten und Foetor [nicht aber bei Ozaena (? Ref.)], weiter bei Laryngitis post influenzam, und endlich bei der geschwürigen und granulösen Form der Larynxtuberculose gesehen zu haben.

TOTI.

9) **M. Teichmann** (Berlin). **Sozojodol bei Krankheiten des Ohres und der oberen Luftwege.** *Therap. Monatsh. 1894. April.*

Empfehlung für verschiedenartige Erkrankungen der Nase.

A. ROSENBERG.

10) **W. Wroblewski. Ueber die Anwendung des Antipyrins als Anaestheticum bei Krankheiten der Nase, des Rachens und des Kehlkopfes.** *Archiv f. Laryngologie u. Rhinologie. Bd. I. Heft 3.*

Verf. empfiehlt zur lokalen Anästhesirung die Einpinselung einer Mischung von

Antipyrin	2,0
Cocaïn. mur.	1,0
Aqu. destill.	10,0.

Dieselbe erzeugt eine ausserordentliche Unempfindlichkeit und vermeidet dabei die Intoxicationsgefahr, die der gewöhnlichen starken Cocaïnlösung doch immer anhaftet.

Ausserdem hat Verf. Versuche mit parenchymatösen Antipyrininjectionen vorgenommen. Er benutzte eine 50procentige wässerige Lösung und injicirte in einer Sitzung zum mindesten 0,18, als höchste Dosis 0,36 g. Die Injectionen beseitigen die Dysphagie tuberculöser Patienten. Ausserdem anästhesiren sie und verringern die Blutung; W. wandte sie deshalb vor den verschiedensten Operationen an, vor dem Curettement tuberkulöser Infiltrationen im Kehlkopf, vor der Tonsillotomie, vor der Abtragung einer hypertrophischen Zungentonsille mit der galvanokaustischen Schlinge u. s. w.

F. KLEMPERER.

11) **G. C. Stout. Bemerkungen über den intranasalen Gebrauch von Cocain. (Some notes on the intra-nasal use of cocaine.)** *Philadelphia Polyclinic. 28. Juni 1894.*

Resumé: 1. Das beste Cocainpräparat ist dasjenige, welches schwach alkalische Reaction giebt. 2. Das Cocain ist für den Rhinologen unersetzlich u. z. für die Diagnose sowohl wie für operative Zwecke. 3. Bei Heufieber ist es von zweifelhaftem Nutzen, wenn nicht schädlich. 4. Bei chronischen Fällen hat es auch nicht seinen vollen Werth und ist als Heilmittel sogar nicht ungefährlich. 5. Mit gutem Nutzen kann es bei acuter Coryza gebraucht werden. 6. Der Procentsatz von Patienten, die eine Idiosyncrasie gegen das Cocain besitzen, ist rela-

tiv gross. 7. Selten, wenn überhaupt je, soll die Cocainanwendung einem anderen, als dem Arzte selbst anvertraut werden. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

12) **D. B. Delavan. Der Gebrauch und Missbrauch des Cocains. (The use and abuse of Cocaine.)** *Journal Americ. Med. Assoc. 22. September 1894.*

In einem Vortrage vor der Laryngologischen Section der Amerik. Med. Association verlangt Verf. von der Gesellschaft, dass sie Schritte thue gegen die Sorglosigkeit im Cocaingebrauch seitens 1. der Droguerien etc.; 2. des allgemeinen Publikums; 3. der Aerzte im allgemeinen und 4. der Rhinologen im besonderen.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

13) **J. E. L. Kraft** (Utrecht). **Ein Fall von chronischer Bleivergiftung durch den Gebrauch von bleihaltigem Schnupfpulver. (Een geval van chronische loodvergiftiging door het gebruik van loodhoudende snuif.)** *Ned. Tijdschr. v. Geneesk. 1894. II. No. 21.*

Der Titel deckt den Inhalt. H. BURGER.

14) **Jung** (Berlin). **Zur Frage der Schädlichkeit der Mundwässer.** *Deutsche Mediz.-Zeitung. 63. 1894.*

J. wendet sich gegen die Untersuchungen Hefelmann's über die Schädlichkeit mancher Mundwässer, da man seine Vesuchsbedingungen nicht ohne Weiteres auf die Mundhöhle übertragen dürfe, er glaubt auch nicht, dass Odol allein jenes Mittel sei, welches allen Anforderungen an ein gutes Mundwasser entspreche, das die Bakterien der Mundhöhle vernichtet, ohne die Zahngewebe zu schädigen.

SEIFERT.

15) **Bergmann** (Worms). **Ein Ersatzmittel für Gurgelwässer.** *Deutsche Mediz.-Zeitung. 64. 1894.*

Empfehlung der von B. angegebenen Kaupastillen (Thymol, Natr. benzoic. und Saccharin) für alle Fälle von katarrhalischer Angina, Angina scarlatinosa, Pharyngitis acuta und chronica, Tonsillitis, und als Prophylacticum gegen Diphtherie. SEIFERT.

b. Nase und Nasenrachenraum.

16) **P. J. Mink** (Amsterdam). **Die Sorge für Ohr und Nase. (De zorg voor oor en neus.)** Amsterdam. Wyel, Seyffardt. 65 S.

Mit Klarheit und Humor geschriebene, für nicht-ärztliche Leser bestimmte Abhandlung über die Functionsstörungen, besonders über die Diätetik der beiden genannten Organe. H. BURGER.

17) **H. Williamson. Ein paar Bemerkungen über Nasenaffectionen. (Some points on affections of the nose.)** *American Lancet. Juli 1894.*

Nichts Neues. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

18) **Soffiantini. Ulceröse Syphilis der äusseren Nase und oberen Lippe, dem hypertrophischen ulcerösen Lupus ähnelnd. (Sifilide ulcerosa della regione del naso e del labbro superiore, simulante il lupus ipertrofico ulceroso.)** *Gazz. med. Lomb. 1894. No. 21.*

Es genügten 15 Centigr. Calomel, unter die Haut gespritzt, um das Ganze zur Heilung zu bringen. Die Aehnlichkeit mit Lupus war eine ausserordentliche.

TOTI.

19) **Giraudeau. Bulbäre Tabes mit trophischen Ulcerationen in Nase und Ohr. (Tabes bulbaire; ulcerations trophiques du nez et des oreilles.)** *Presse méd. 7. October 1894.*

Ein 38jähriger Mann, seit 6 Jahren tabetisch, mit den charakteristischen Symptomen dieser Krankheit (Augenlähmung, Blasenstörungen, gastrische Crisen etc.). Seit 8 Monaten ist ohne eine nachweisbare Ursache ein Geschwür am Nasenflügel aufgetreten, in der Jugolabial-Furche, von etwa 1 cm im Umfang. Eine zweite ebensolche Ulceration sass auf dem Nasenläppchen und ausserdem zeigte die ganze Oberfläche am freien Rande der Nasenlöcher eine Art Erosion der Haut. In beiden Ohren fanden sich an symmetrischen Stellen Ulcerationen an der oberen Partie der Muschel. An den ulcerirten Stellen fehlt die Sensibilität; der Geschwürsgrund ist indolent, der ganze Process allmälig und langsam entstanden und vorgeschritten. G. hält diese Ulcerationen für trophische Störungen.

A. CARTAZ.

20) **Peroni** u. **Gradenigo. Spontane symmetrische Gangrän der beiden Ohrmuscheln, der Nasenspitze und der Zehen. (Gangrena spontanea simmetrica dei due padiglioni, della punta del naso e delle dita dei piedi.)** *Arch. it. d'Otologia. 1894. No. 2.*

Ein kurzer casuistischer Bericht, der nicht über die Symptomatologie des betreffenden Falles hinauskommt.

TOTI.

21) **Castex. Unerträgliche Nasenfissuren. (Fissures intolérantes des narines.)** *Revue internat. de Rhinologie etc. No. 19. 10. October 1894.*

Gewisse Fissuren werden bei neuropathischen Individuen unerträglich. Gewöhnlich doppelseitig, die eine schmerzhafter wie die andere, sitzen sie an der Vereinigung des Septums mit dem vorderen Ende des Nasenflügels.

E. J. MOURE.

22) **Kromayer** (Halle). **Zur operativen Behandlung des Rhinophyma.** *Dermat. Zeitschr. II. Bd. 1. Heft. 1894.*

Ausgezeichnetes cosmetisches Resultat durch Neumodellirung der Nase mit nachträglicher Thiersch'scher Transplantation.

SEIFERT.

23) **F. L. Hupp. Ein Beitrag zur rhinoplastischen Chirurgie. (A contribution to rhino-plastic surgery.)** *N. Y. Med. Journal. 11. August 1894.*

Eingehende Krankengeschichte eines Mannes, dessen Nase durch Lupus zerstört war. Mittelst der indischen Methode, bei der der Lappen von der Stirn genommen wird, wurde ein sehr zufriedenstellendes Resultat erzielt.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

24) **Ch. Goris. Notiz über 4 rhinoplastische Operationen mit kurzen Anmerkungen bezüglich der Operationstechnik. (Notice sur quatre opérations de rhinoplastic, avec de courtes remarques sur la technique opératoire.)** *La Presse méd. Belge. No. 41. 1894.*

G. bespricht zuerst die Bildung des Lappens und dann die der Nasenflügel, daran schliesst er 4 detaillirte Beobachtungen an:

1. Lupus des Nasenrückens bei einem 61jährigen Manne; Excision mit Rhinoplastik.
2. Epitheliom der Nase bei einem 48jährigen Frauenzimmer; partielle Nasen- und Wangenbildung.
3. Epitheliom der Nase und Wange bei einem 78jährigen Greis; partielle Nasen- und Wangenbildung mit theilweiser Resection des Oberkiefers.
4. Epitheliom des Nasenrückens bei einer 70jährigen Frau. Excision, Hauttransplantationen nach Thiersch.

BAYER.

25) **Forgue. Rhinoplastik mit Hülfe metallischer Prothesen. Bericht von Chauvel. (Rhinoplastic sur rapport métallique. Rapport de Chauvel.)** *Bull. Acad. de méd. 24. Juli 1894.*

Chauval bespricht eine Arbeit von Forgue über die Rhinoplastik mit Hülfe der prothetischen Apparate von Martin (Lyon) und zeigt an einer Reihe von Beobachtungen die Ueberlegenheit dieser Methode gegenüber den bisherigen Verfahren.

A. CARTAZ.

26) **Chauvel. Rhinoplastik mit Stütze. (Rhinoplastie avec support.)** *Acad. de méd. 24. Juli 1894.*

Die Methode Ch.'s besteht darin, im Falle der Zerstörung des nasalen Gerippes dasselbe durch eine Stütze aus Platina (eines von den lebenden Geweben gut tolerirten Metalles) zu ersetzen und auf diese den von der Stirngegend entnommenen Lappen aufzuschlagen. Es wird auf diese Weise eine künstliche Nase gebaut, die den normalen Durchgang ermöglicht.

Unter den vom Verf. operirten 14 Fällen waren nur 3 von Eiterung oder Gangrän begleitet und auch in diesen 3 Fällen waren die Complicationen nicht Folge vom Vorhandensein der Stütze, sondern durch andere Ursachen bedingt.

LUC.

27) **S. J. Snow. Intranasale Geschwülste als ätiologischer Factor bei Ohren- und Kehlkopfcatarrh. (Intra-nasal growths as factors in aural and laryngeal catarrh.)** *Med. Record. 18. August 1894.*

Nichts Erwähnenswerthes.

W. J. SWIFT (LEFFERTS.)

28) **O. Kalischer** (Berlin). **Ueber die Nerven der Nasenpolypen.** *Archiv für Laryngologie u. Rhinologie. Bd. II. Heft 2. 1894.*

Verf. untersuchte Schleimpolypen der Nase mittelst des Ehrlich'schen Methylenblauverfahrens; er konnte feststellen, dass das Vorkommen von Nerven in den Polypen durchaus nicht zu den Seltenheiten gehört, vielmehr ein recht häufiges ist. Durchschnittlich sind die Polypen freilich arm an Nerven, nur in sel-

teneren Fällen finden sich reichliche Mengen, darunter auch stärkere Nervenstämmchen. Die Nerven sind, wie aus ihrem Verlauf und ihrem Reichthum an Kernen hervorgeht, neugebildete Nervenfasern. Ganglienzellen oder besondere Endkörperchen sah K. nicht. Er veranschaulicht seine Befunde durch 2 charakteristische Abbildungen. **F. KLEMPERER.**

29) **Goldstein. Ueber Nasenpolypen bei Individuen unter 16 Jahren.** Dissert. Leipzig. 1894.

Der Autor stellt das Material des Ambulatoriums von Gerber aus den letzten $2^1/_2$ Jahren zusammen und kommt zu dem Schluss, dass Schleimpolypen im Alter unter 16 Jahren keine seltene Erscheinung seien. Unter 73 Fällen von Schleimpolypen finden sich 5, also 6,85 pCt., bei Individuen im Alter unter 16 Jahren. Eine Reihe von Krankengeschichten und Berichte der histologischen Untersuchung der Tumoren ergänzen diese statistischen Mittheilungen, während in der Einleitung eine Zusammenstellung der Literatur über Polypen der Nase gegeben ist.

SEIFERT.

30) **E. Casselberry. Der Nasenpolyp: seine Beziehung zur Ethmoiditis und seine Behandlung mittelst Resection der mittleren Nasenmuschel. (Nasal polypus: its association with ethmoiditis and its treatment by resection of the middle turbinated body.)** *N. Y. Med. Record. 24. November 1894.*

Abdruck eines von C. auf dem 16. Jahrescongress der American Laryngological Association gehaltenen Vortrags. Referat folgt im Verhandlungsbericht.

LEFFERTS.

31) **A. Dodd. Abscess der Kieferhöhle nach Influenza mit Nasenpolypen. (Abscess of antrum after influenza complicating polypi.)** *Brit. Med. Journal. 21. Juli 1894.*

Ein Mann von 68 Jahren hatte seit sieben Jahren Nasenpolypen. Die rechte Wange war mit einem Anfall von Influenza vor einigen Monaten geschwollen und schmerzhaft. Die Polypen wurden entfernt und nach zwei Wochen brach der Eiter aus der Höhle am Alveolarfortsatz in der Gegend des zweiten Molar-Zahnes durch. Constant (Brit. Med. Journ. 11. August 1894) glaubt, dass dieser Fall nicht ein Abscess des Antrum, sondern einfach ein Alveolar-Abscess gewesen sei.

ADOLPH BRONNER.

32) **A. Dutt** (Whitby). **Die Behandlung der Nasenpolypen. (Treatment of nasal polypi.)** *Brit. Med. Journal. 19. Mai 1894.*

Verf. empfiehlt die lokale Application von Teucrium statt der alkoholischen Sprays. **ADOLPH BRONNER.**

33) **Delie. Behandlung der Nasenpolypen. (Cura dei polipi muccosi delle fosse nasali.)** *Rivista delle mal. della gola etc. 1894. No. 8.*

Praktische Beschreibung des Instrumentariums, der Indicationen zu den verschiedenen Operationsmethoden und der Nachbehandlung. **TOTI.**

34) **W. H. Daly. Die dauernde Heilung von Polypen. (The permanent cure of polyps.)** *Pittsburgh Med. Review. Juni 1894.*

1. Der Polyp muss gründlich abgetragen werden. 2. Der erkrankte Knochen, wo ein solcher unter der Schleimhaut existirt und von dem aus der Polyp wächst, muss ebenfalls entfernt werden. 3. Der Boden, d. i. die Schleimhaut der Nasenhöhle, muss durch lange fortgesetzte und zweckmässige Nachbehandlung umgestimmt werden. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

35) **Gouguenheim. Schleimpolypen der Nasenhöhle. (Polypes muqueux des fosses nasales.)** *Union médicale. 11. October 1894.*

Eine Vorlesung; nichts Neues. A. CARTAZ.

36) **Guye. Polypen der Choanen. (Des polypes des choanes.)** *Revue internat. de Rhinologie, Otologie etc. No. 19. 10. October 1894.*

Demonstration der Präparate und eingehende Besprechung der Operationstechnik. E. J. MOURE.

37) **H. Ripault. Die Schleimpolypen in Nase, Nasenrachenraum und Nebenhöhlen. (Les polypes muqueux, nez, arrière-nez, sinus.)** *Gaz. des hôpitaux. 1. Nov. 1894.*

Eine allgemeine Uebersicht über die mucösen und fibromucösen Polypen der Nase und ihrer Nebenhöhlen. A. CARTAZ.

38) **John Dunn. Ein Fall von cystischem Tumor am Nasenboden. (A case of cystic tumor of the floor of the nose.)** *N. Y. Medical Journal. 24. Februar 1894.*

Vorn in der linken Nase fand sich eine länglich runde fluctuirende Schwellung, die sich vom Nasenloch an etwa $^3/_4$ Zoll am Nasenboden hinstreckte; der Breite nach reichte sie vom Septum bis zur äusseren Nasenwand. Die grösste Höhe der Geschwulst beträgt etwa $^1/_4$ Zoll; doch nimmt dieselbe zu, wenn man von aussen gegen den Nasenwinkel drückt. Von dem blinden Raume aus zwischen Oberlippe und Alveolarfortsatz ist keine Spur von dem Tumor zu fühlen. Es beweist dies, dass der Tumor thatsächlich ganz intranasal liegt. Führt man aber den kleinen Finger in das Nasenloch ein und drückt den Tumor nach unten, so kann man ihn von dem gedachten Orte aus undeutlich fühlen. Die Geschwulst hatte sich schmerzlos entwickelt, Zeichen einer Entzündung um dieselbe fehlten. Es bestand deutliche Fluctuation. Von unterhalb der Oberlippe her wurde eine Nadel in den Tumor eingestochen und eine Spritze einer dicken, transparenten, gelblichen Flüssigkeit entleert; dann wurde der Tumor von ebendaher mit dem Messer eröffnet. LEFFERTS.

39) **J. K. Hamilton** (Adelaide S. Austral.). **Zwei Fälle von Cystenbildung in der Nase. (Two cases of cyst formation in the nose.)** *Austr. Med. Gazette. 15. März 1894.*

In beiden Fällen fand sich die Cyste zwischen dem linken Nasenflügel und dem Oberkiefer und ragte am Nasenboden hervor. Der Inhalt war eine klare Flüssigkeit. A T. BRADY.

40) **Spencer Watson** (London). **Ein Fall von cystischen Nasenpolypen. (A case of cystic polypi of the nose.)** *British Medical Journal. 15. December 1894.*

Demonstration der Präparate vor der Medical Society of London am 10. December 1894. Nichts Besonderes.

SEMON.

41) **J. Wright. Papilläre Hypertrophie der Nasenschleimhaut verglichen mit echtem Papillom. (Papillary hypertrophy of the nasal mucous membrane compared with a true papilloma.)** *N. Y. Med. Journal. 13. October 1894.*

Ein Abdruck des auf dem XVI. Congress der American Laryngological Association gehaltenen Vortrages, über den wir im Verhandlungsbericht referiren.

LEFFERTS.

42) **Gomperz. Ueber das Vorkommen von Lipomen in der Schleimhaut der Nasenhöhle.** *Monatsschr. f. Ohrenh. No. 9. 1894.*

Lipome wurden bisher in der Nase nicht beobachtet; das von Gomperz operirte war klein-kirschengross und fand sich in der atrophischen Nase eines 60jährigen Mannes. Es hatte Flimmerepithel und war an der Oberfläche ulcerirt und von zahlreichen grossmaschigen Bindegewebszügen durchsetzt, in dessen Maschen sich das Fettgewebe vorfand.

SCHECH.

43) **Atkin. Osteom der Nase. (Osteoma of the nares.)** Sheffield Med. Chir. Society. — *Lancet. 21. April 1894.*

Die Geschwulst, die 294 g wog, löste sich spontan ab.

ADOLPH BRONNER.

44) **Schloffer** (Graz). **Vorstellung eines Falles von Rhinosclerom.** Verein der Aerzte in Steiermark am 4. Juni 1894. — *Wiener klin. Wochenschrift. 1894. No. 31.*

Seit 15 Jahren Schnupfen, seit 6 Jahren das Sclerom der äusseren Nase. Die Patientin ist Südslavin, 30 Jahre alt. Es sind die äussere Nase, ihr Inneres, die Choanen, das Velum, der Rachen und der Kehlkopf ergriffen. Rhinosclerombacillen wurden reichlich nachgewiesen und kultivirt.

CHIARI.

45) **A. D. Pawlowsky** (Kiew). **Ueber die Behandlung des Rhinoscleroms mit „Rhinosclerin".** *Deutsche med. Wochenschr. 1894. No. 13 u. 14.*

P. hat nach Analogie des Tuberculins ein Rhinosklerin dargestellt und bei 2 Kranken ein Fortschreiten des Leidens damit verhindert.

LANDGRAF.

46) **Mermet. Fibrosarcom der Nasenhöhle in den Pharynx hinüberragend. (Fibro-sarcome des fosses nasales faisant saillie dans le pharynx.)** *Soc. anat. Paris. 14. Juli 1894.*

Der hühnereigrosse Tumor sass gestielt dem hinteren Ende der unteren Muschel an und hing, das Gaumensegel vordrängend, in den Rachen hinab. Er wurde bei einer Untersuchung mit dem Finger abgelöst. Besonders erwähnenswerth ist, dass der Fall ein Mädchen von 16 Jahren betrifft.

A. CARTAZ.

47) **Natier. Ueber einige Fälle von Sarcom der Nasenhöhle. (Sur quelques cas de sarcomes des fosses nasales.)** *Revue internationale de rhinologie etc. etc. 25. Januar 1894.*

Verf. berichtet über 1 Fall, den er selbst beobachtet hat und 5 andere, die er den Mittheilungen Prof. Duplay's verdankt. Die Aetiologie dieser sehr seltenen Tumoren ist noch dunkel. Die Prognose ist um so schlechter, als diese Kranken erst im letzten Stadium chirurgische Hülfe nachsuchen; eine Chance kann aber die Operation nur bieten, wenn sie sehr zeitig ausgeführt wird.

E. J. MOURE.

48) **Onodi. Sarcom der Nasenhöhle. (Sarcome de la fosse nasale.)** *Revue de laryngologie. No. 1. 1894.*

Das Sarcom ging im O.'schen Falle von der mittleren Muschel und dem mittleren Nasengange aus und erfüllte schliesslich die ganze Nasenhöhle. Der Sinus frontalis und die Siebbeinzellen waren mit Eiter erfüllt. Die Radicaloperation ergab guten Erfolg.

E. J. MOURE.

49) **Robert Levy. Inoperables Sarcom der Nase. (Inoperable sarcoma of the nose.)** *N. Y. Med. Journal. 17. März 1894.*

Eine ausführliche Krankengeschichte eines nicht sehr interessanten Falles.

LEFFERTS.

50) **Daguanno. Beitrag zum Studium der Sarcome der Nasenhöhle. (Contribution à l'étude des sarcomes des fosses nasales.)** *Annales des maladies de l'oreille. September 1894. No. 9.*

Verf. berichtet über einen Fall von polymorphem Sarcom der Nasenscheidewand; diese seltene Affection ist häufiger bei jugendlichen als bei erwachsenen Personen anzutreffen; ihre Aetiologie ist noch unbekannt.

E. J. MOURE.

51) **Ruault u. Silliet. Polypöse Vegetationen der Nasenhöhle. (Végétations polypeuses des fosses nasales.)** *Soc. anatomique de Paris. 1. Juni 1894.*

Demonstration des Präparates, das von einem 60jährigen Manne stammt. Die histologische Untersuchung ergab ein papillomatöses Epitheliom, das in verzweigten Vegetationen wucherte.

A. CARTAZ.

52) **W. S. Jones. Ungewöhnliche Geschwülste in Nase und Mund. (Unusual morbid growths in nose and mouth.)** *Therap. Gazette. 15. März 1894.*

J. berichtet über zwei Fälle von Krebs der Nasenmuscheln, die beide mit Schlinge und Curette operirt wurden und nach $1^1/_2$ Jahren noch ohne Recidiv sind.

Ferner ein Fall von ossificirendem Fibrom des Alveolarfortsatzes. Die Geschwulst bedeckte die ganze Fläche des Processus palatinus des Oberkiefers und die Ossa palatina und drängte den weichen Gaumen nach hinten. Sie haftete mit einem dicken Stiel am Alveolarfortsatz gegenüber den rechten Molarzähnen und sie war seit 10 Jahren gewachsen, ohne Schmerz zu verursachen oder sonst eine Störung mit Ausnahme von Schwierigkeiten beim Essen, die zuletzt sich einstellten. Der

Tumor hatte sich so der Gestalt der Knochen angepasst, dass er die Contouren derselben deutlich wiedergab. Er war mit gesunder Schleimhant bedeckt und sehr hart; beim Einführen einer Canüle aber fand man das Innere weich. Der Tumor wurde mit dem Glühdraht abgetragen. Der Stiel enthielt Knochentheilchen, die sich noch $^1/_4$ Zoll weit in die Geschwulst hinein fortsetzten.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

53) **H. L. Taylor. Eine neue Methode, um den Grad einer Nasenverstopfung zu bestimmen. (A new method of estimating the degree of nasal obstruction.)** *Northwestern Lancet. 15. Mai 1894.*

Der Verf. lenkt die Aufmerksamkeit auf die Methode von Sandmann (Berlin), der die Patienten ohne besondere Anstrengung auf ein Glasstück athmen lässt; die Ausdehnung, in der das Glas beschlägt, dient als Maassstab. Eine normale Nase giebt auf dem Glase zwei herzförmige Figuren, die einander berühren oder auch durch einen trockenen Strich getrennt sind, wenn man das Glas vertical hält, so dass es gerade die Nasenspitze berührt. Hält man es horizontal, so dass es die Oberlippe berührt, so sind die Figuren breiter und mehr schmetterlingsförmig. Bei vollständigem Verschluss einer Nasenseite zeichnet sich nur eine Hälfte der Figur ab; Contactlinien zwischen Spinen und Nasenmuscheln können tranversale Theilung der Figuren verursachen; geschwollene Nasenmuscheln verkleinern die Zeichnung. Diese Methode sagt nichts über die Ursache der Verstopfung, sondern illustrirt nur deren Ausdehnung.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

54) **W. Posthumus Meyes** (Amsterdam). **Ueber Nasalstenose und deren Behandlung. (Over Nasaalstenose en hare behandeling.)** Amsterdam. 1894. F. van Rossen. 87 S.

In Form eines Lehrbuch-Kapitels gefasste Abhandlung über Nasalstenosen und andere Leiden, welche zu einer Störung der nasalen Athmung Veranlassung geben.

H. BURGER.

55) **E. L. Estabrook. Normale und abnorme Zustände der oberen Athemwege. (Normal and abnormal conditions of the upper respiratory passages.)** *Northwestern Lancet. 15. April 1894.*

Nichts von besonderer Bedeutung. Verf. hebt die Gefahren nasaler Verstopfung hervor.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

56) **C. Denison. Der ursächliche Zusammenhang von Nasenverstopfung und Lungenkrankheit. (The causative relation of nasal obstruction to lung disease.** *Journal Americ. Med. Assoc. 22. September 1894.*

D. zeigt, wie wichtig es ist, bei Personen, die zu Phthise Anlage haben, die Nasenwege offen und rein zu halten.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

57) **M. L. Foster. Asthenopie als Folge von Druck der Muscheln und der Nasenscheidewand auf einander. (Asthenopia due to pressure between the turbinated bones and the septum nasi.)** *Manhattan Eye and Ears Hospital Reports. Januar 1894.*

Die Pat., eine Frau von 31 Jahren, zeigte keine auf die Nase zu beziehenden

Symptome. Bei der Untersuchung aber fand sich ein deutlicher Contact zwischen der rechten Muschel und dem Septum. In mehreren Operationen mussten mit der scharfen Zange Knochenstücke von der elfenbeinharten Muschel entfernt werden. Sehr eigenartig war, dass die Pat. bei diesen Operationen keinen Schmerz an der Stelle des Eingriffs verspürte, dagegen über heftigen Schmerz im Auge klagte. Der Fall lehrt von Neuem die Bedeutung einer Untersuchung der Nasenhöhle und ihrer Nebenhöhlen in Fällen von hartnäckiger Asthenopie. Eine jahrelange, noch so sorgfältige Behandlung der Augen hätte dieser Patientin keine Besserung gebracht.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

58) **Mongardi** (Bologna). **Die electrolytische Behandlung bei Krankheiten der oberen Luftwege.** *Boll. d. Mal. dell'Or. 1894. No. 7.*

Nach M.'s Meinung ist in fast allen Nasenkrankheiten, von der Röthung der Nasenhaut bis zu den Geschwülsten des Naseninneren, eine Indication zur electrolytischen Behandlung zu finden.

Bei Röthungen der Nasenhaut (3 Fälle) hat M. zwei günstige und ein ganz vollständiges Resultat erhalten.

Bei zwei Fällen von Seborrhoea nur leichte Besserung.

Bei Acne rosacea drei behandelte Fälle, die zwei ersten (beide Priester) ein sehr gutes Resultat, beim dritten fast keine Besserung.

Bei temporären Nasenverstopfungen wegen vasomotorischer Congestion des Schwellgewebes, 4 gute Resultate unter 6 Fällen.

Besonders merkbare Heilungen soll Verf. bei hypertrophischer Pharyngitis und Laryngitis der Sänger, bei Sängerknoten und bei Pharyng. sicca gehabt haben; er giebt mehrere Krankengeschichten zur Illustration der günstigen Resultate, die er erzielt hat.

TOTI.

59) **Gutsche. Zur Pathogenese der Hypophysistumoren und über den nasalen Abfluss, sowie das Verhalten des Liquor cerebrospinalis bei einer Struma pituitaria.** Dissertation. Erlangen. 1894.

Ein höchst interessanter Fall von Hypophysistumor, welcher in der Klinik von B. Baginsky beobachtet wurde, giebt dem Verf. Veranlassung alles über Anatomie, Entwickelungsgeschichte, Physiologie des Hirnanhanges zusammen zu stellen und daran Bemerkungen über Hypophysistumoren und Cerebrospinalflüssigkeit anzuschliessen. Der Fall selbst betrifft einen 34 jährigen Mann, welcher bei sonst voller Gesundheit Abtropfen einer hellen Flüssigkeit aus dem linken Nasenloche bemerkte, die Menge der im Laufe eines Tages abgeschiedenen Flüssigkeit wurde auf 250 ccm taxirt. Im Liegen floss dieselbe in den Rachen. Es ist auffallend, dass in anderen Fällen niemals das hier so in den Vordergrund tretende Symptom des Abfliessens von Cerebrospinalflüssigkeit aus der Nase genannt wurde. Der Tod erfolgte etwa 58 Tage nach dem Auftreten der ersten Krankheitserscheinungen unter den Erscheinungen der Meningitis cerebrospinalis. Die Section ergab: Struma pituitaria (Geschwulst der Hypophysis und des Chiasma nervorum opticorum) Empyem der Keilbeinhöhlen und der linken Highmorshöhle, Arachnitis purulenta.

Aus der chemischen Untersuchung der durch die Nase abgelaufenen Flüssig-

keit ist hervorzuheben, dass dieselbe reichlich Eiweiss und eine reducirende Substanz enthielt, welche aber nicht als Zucker angesprochen werden konnte.

SEIFERT.

60) **J. H. Targett. Tumor der Hypophysis. (Tumour of the hypophysis.)** *Brit. Med. Journal. 22. December 1894.*

In der Sitzung der Londoner pathologischen Gesellschaft vom 18. December 1894 zeigte T. eine ungefähr 2 Zoll im Durchmesser haltende Geschwulst vor, die bei der Autopsie von der Fossa pituitaria entfernt worden war. Kurz vor dem Tode war eitrige Entleerung aus dem linken Nasenloche bemerkt worden. Bei der Obduction wurde eitrige Meningitis gefunden, und es zeigte sich, dass die Geschwulst den Boden der Nase perforirt hatte, wodurch die Eitersecretion während des Lebens erklärt wurde. Histologisch hatte die Geschwulst die Structur eines Endothelioms und enthielt nestähnliche Körper.

SEMON.

c. Mundrachenhöhle.

61) **A. F. Bronson. Betrachtungen über die Mandeln. (Some considerations concerning the tonsils.)** *Le high Valley Med. Magaz. Juli 1894.*

Nichts von Interesse.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

62) **H. L. Wagner. Beitrag zum Studium der Aetiologie der rheumatischen Affectionen des Körpers infolge von Mandelerkrankungen. (Contribution to the study of the aetiology of rheumatic affections of the body due to tonsillar diseases.)** *N. Y. Med. Journal. 27. October 1894.*

Abdruck eines auf dem 16. Jahrescongress der American Laryngological Association gehaltenen Vortrags; Referat im Verhandlungsbericht.

LEFFERTS.

63) **A. E. Bulson. Rheumatische Halsaffectionen. (Rheumatic affections of the throat.)** *Fort Mayne Med. Magazine. Januar 1894.*

„Eine gründlichere Betrachtung der Anamnese, Symptomatologie und auch der Behandlungserfolge bei manchen chronischen sowohl wie acuten Halsaffectionen wird lehren, dass die rheumatische Diathese ein hervorragender ätiologischer Factor dieser Krankheiten ist; und je breitere Kenntnisse über diese wir erlangen, um so mehr werden wir den unbestimmten Ausdruck „„atmosphärische Verhältnisse““, der jetzt in der Discussion über die Aetiologie der Halskrankheiten eine so grosse Rolle spielt, beiseite setzen können."

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

64) **Roos** (Kiel). **Ueber Angina rheumatica. (Sull'angina reumatica.)** *Rivista delle Mal. della Gola. 1894. No. 8.*

R. kommt zu dem Schlusse, dass entweder die der Polyarthritis vorausgehende Angina „rheumatischer" Natur ist, d. h. verursacht von demselben specifischen Krankheitserreger wie die Polyarthritis, oder dass nach einer beliebigen

Angina unter besonderen Umständen pseudorrheumatische Krankheiten entstehen können, welche ähnlich wie bei der Arthritis gonorrhoica, von der Localisation des specifischen Anginaerregers in Gelenken und serösen Häuten verursacht sind. In letzterem Falle hätten die postanginösen Polyarthritiden die Bedeutung attenuirter pyaemischer Infectionen.

TOTI.

65) **W. H. Park. Die im menschlichen Halse vorkommenden Bakterien und ihre Beziehung zu den acuten Halsentzündungen. (The bacteria present in the human throat and their relation to acute throat inflammations.)** *N. Y. Med. Record. 27. Januar 1894.*

Verf. spricht hauptsächlich von den Streptokokken, die er sehr reichlich, besonders bei acuten Entzündungen, vorfand. Er legte zu den verschiedenen Jahreszeiten aus dem Halse von 40 Studenten und 12 anderen erwachsenen Personen, die sämmtlich gesund waren, wenigstens nachweisbare acute oder subacute Halsentzündung nicht hatten, Culturen an. In allen Fällen gingen Streptococcen an; ihre Zahl und Varietäten waren bei den einen viel grösser, als bei anderen. Aehnliche Beobachtungen wurden auf dem Lande gemacht, so dass die Stadtluft als Quelle der Kokken nicht anzuschuldigen ist. Staphylokokken fanden sich bei der untersuchten Familie auf dem Lande nicht, während solche in den meisten Stadtfällen vorhanden waren. Weiterhin wurden die Hälse von Kindern in einem Waisenhaus untersucht und auch bei ihnen wurden Streptokokken gefunden und zwar in jedem Alter, ausser vor dem 2. Lebenstage. Bei Kindern mit Pneumonie und Phthise waren die Streptokokken und auch die Staphylokokken reichlicher, allein sie schienen den in gesunden Hälsen gefundenen ähnlich. Auch bei Scharlach waren die Streptokokken reichlicher als bei Gesunden, desgleichen bei Pseudodiphtherie.

Ueberzeugt davon, dass die in gesunden Hälsen vorkommenden Streptokokken harmlos wären, experimentirte Verf. mit denselben an sich selbst und fand nach Uebertragung der Culturen in seinen Hals höchstens eine geringe Reizung. Dies galt von den aus dem Hals Gesunder stammenden Culturen, aber auch von den aus Hälsen mit acuter Entzündung gewonnenen. Die Bakterien erwiesen sich als harmlos unter gewöhnlichen Verhältnissen, sie wurden aber unter gewissen Witterungsverhältnissen activer und fanden sich namentlich in feuchten Wintermonaten stets in reichlicherer Zahl.

Schwierig war die Entscheidung darüber, welche Fälle von Angina etc. sich durch Infection von anderen und welche aus gesteigerter Activität der in dem gesunden Halse bereits vorhandenen, durch Aenderung des Wetters oder sonstige Ursachen aber veränderten Bakterien hervorgebracht wurden. Nach des Verf.'s Ansicht ist nur ein kleiner Theil der Fälle auf Infection von anderen zurückzuführen.

LEFFERTS.

66) **J. Sendziak. Beitrag zur Frage der sogen. Angina follicularis und ihres Zusammenhanges mit der Diphtherie. (Kilka uwag wkwestji t. zw. torebkowatego zapalenia gardzieli [angina follicularis] ovar jego stosunku do btonicy.)** *Kronika Lekarska. No. 7. 1894.*

67) **J. Sendziak. Beitrag zur Aetiologie der sogen. Angina follicularis. (Przy-**

czynek do etyologji tak zw. Angina follicularis.) *Gazeta Lekarska. No. 31. 1894.*

68) **J. Sendziak. Dasselbe.** *Nowiny Lekarskie. No. 819. 1894.*

69) **Jan Sendziak** (Warschau). **Beitrag zur Aetiologie der sogen. „Angina follicularis".** *Arch. f. Laryngol. u. Rhinologie. Bd. II. Heft 2. 1894.*

S. hat 30 Fälle klinisch und bakteriologisch genau untersucht; er fand in keinem derselben virulente Diphtheriebacillen, in 7 Fällen Hoffmann-Loeffler-sche pseudodiphtheritische Bacillen, die er mit Escherich als selbständige Species ansieht, und in den übrigen 23 Fällen Staphylo- und Streptococcen. Er schliesst mit dem Satze: „Auf Grund klinischer Beobachtung, so wie auch sorgfältiger bakteriologischer Untersuchungen in den obigen 30 Fällen möchte ich behaupten, dass die sogen. Angina follicularis — eigentlich Tonsillitis lacunaris acuta — klinisch und ätiologisch eine selbständige Krankheit ist, welche mit der eigentlichen Diphtherie in keiner Beziehung steht. Es ist ein zweifellos ansteckendes Leiden, dessen specifisches Gift — leider — bis jetzt noch nicht erkannt wurde."

F. KLEMPERER.

70) **Veillon. Untersuchungen über die Aetiologie und Pathogenese der acuten, nicht-diphtheritischen Anginen. (Recherches sur l'étiologie et la pathogénie des angines aigues non-diphthéritiques.)** *Arch. de méd. experiment. VI. 2. Thèse de Paris. 1894.*

Von Mikroben findet man im Halse von Kranken mit nicht-diphtheritischer acuter Angina: den Streptococcus pyogenes (24 mal in 24 Fällen), den Pneumococcus und den Staphylococcus. Oft findet man diese nebeneinander, doch bildet der Streptococcus den constantesten Befund und er spielt auch die erste Rolle. Dieser Befund ist bei den verschiedenen Formen von Anginen derselbe, so dass diese alle ein und derselben Art wären; ihre klinischen Verschiedenheiten hängen danach nur von der Lokalisation der Bakterien und ihrer wechselnden Virulenz ab.

A. CARTAZ.

71) **Jaccoud** (Paris). **Die Streptococcen-Angina. (De l'angine à streptocoques.)** *Union médicale. 5. Juli 1894.*

Eine Vorlesung anknüpfend an einen Fall von anscheinend diphtheritischer, thatsächlich aber durch Streptokokken verursachter Angina. A. CARTAZ.

72) **Norris Wolfenden. Die Natur der sogen. folliculären Mandelentzündung und ihre Beziehung zu infectiösen Störungen. (The nature of so-called follicular amygdalitis and its relation to infectious disorders.)** *N. Y. Med. Journ. 15. September 1894.*

W. kommt zu folgenden Schlüssen: Wenn man von der Annahme ausgeht, dass es keine echte Diphtherie giebt ohne Löffler'schen Bacillus, dann ist Diphtherie nicht einfach mit Anwesenheit von Membranen oder Pseudomembran identisch. Denn diese sind in keiner Weise charakteristisch und können durch sehr verschiedene Ursachen erzeugt sein — durch Aetzungen, Streptokokken u. s. w. Lacunäre Amygdalitis ist nicht lacunäre Diphtherie. Es giebt die eine wie die andere, beide haben in ihrem klinischen Bilde sehr viel Aehnlichkeit, sind aber

nicht gleich. Die Entscheidung liefert allein die bakteriologische Untersuchung, und ohne die Hilfsmittel einer solchen kann kein Krankenhaus mehr als wohl eingerichtet gelten." LEFFERTS.

73) **S. S. Cartwright. Behandlung der membranösen Angina. (Treatment of Quinsy.)** *Med. Record. 28. Juli 1894.*

C. empfiehlt folgende Mischung:

Tct. Veratr. virid. gtt.	30,0
Morphin. sulfur	0,1
Aquae dest.	180,0

S. Erwachsenen Personen 1 stündlich und später je nach der Morphiumwirkung 2 oder 3 stündlich 1 Theelöffel voll W. J. SWIFT (LEFFERTS).

74) **Redactionelle Notiz. Die örtliche Anwendung des Guajacols bei Halskrankheiten. (Topical applications of guajacol in diseases of the throat.)** *N. Y. Med. Journal. 26. Mai 1894.*

Der Artikel stellt die Erfahrungen zusammen, die eine Anzahl Chicagoer Aerzte mit der Anwendung von Guajacol auf der Halsschleimhaut gemacht hat. Ingals wird erwähnt als Anhänger dieses Mittels bei den acuten Halsaffectionen; Cotton hat eine unmittelbare und wesentliche Besserung durch dieses Mittel bei 94 pCt. seiner Patienten gesehen. Ebenso warm spricht Rhodes für das Mittel, das er auch bei Gesichtserysipel mit Erfolg angewandt hat. Corwin hat 15 Fälle von Mandelentzündung erfolgreich mit Guajacol behandelt. Raymond benutzt das Guajacol rein. Eine 50 proc. Lösung in Oel kann auch im Spray beigebracht werden, jedoch ist dies Verfahren weniger wirksam, als das Einpinseln reinen Guajacols. Bisweilen erzeugt eine solche Einpinselung ein unangenehmes, brennendes Gefühl, das nur kurze Zeit, meist nur 1—5 Minuten dauert. Gelegentlich freilich können die Schmerzen stundenlang anhalten. Eine vorangehende Cocainpinselung mildert dies Brennen nicht, wie man wohl glauben sollte, sondern gestaltet es im Gegentheil noch viel schmerzhafter. Wenn man mit dem in reines Guajacol getauchten Wattebausch die Oberfläche der Tonsillen bestreicht, so hat man sorgfältig darauf Acht zu geben, dass kein Tropfen in den Larynx geräth. Nach der Guajacolpinselung sieht man die Temperatur meist zur Norm zurückkehren, die Schluckbeschwerden verschwinden gänzlich und oft genügen 2 Pinselungen, um die Krankheit abortiv zu endigen. LEFFERTS.

75) **Hicguet. Bezüglich der Behandlung der Mandelentzündung. Klinische Unterhaltung. (Entretien clinique; à propos du traitement de l'amygdalite.)** *La Policlinique. No. 22. 1894.*

Der Autor bespricht die gebräuchlichen alten und neuen Behandlungsweisen der Mandelentzündueg und giebt zu gleicher Zeit seine Erfahrungen bekannt.

BAYER.

76) **C. C. Slagle. Die Behandlung der Mandelentzündung. (Treatment of tonsillitis.)** *College and Clinical Record. September 1894.*

Nichts Bemerkenswerthes. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

77) **Cartaz. Zwei Fälle von chronischem Mandelabscess. (Deux cas d'abcès chroniques de l'amygdales.)** *Bulletin et memoires de la société de laryng. etc. de Paris. No. 2. 1894.*

Der erste Fall betrifft einen Kranken, der nach einander immer neue Abscesse der einen Mandel hatte. Es blieb schliesslich eine Fistel am oberen Rande des Gaumenbogens zurück. Die Heilung war nur durch breite Eröffnung und Drainirung des Abscesses zu erreichen. Bei dem zweiten Patienten drang ein Knochen in die Mandel ein und unterhielt dort eine Eiterung; die Extraction des Fremdkörpers führte zur Heilung. E. J. MOURE.

78) **Gouguenheim u. Ripault. Peritonsilläre Abscesse. (Des abcès péri-amygdaliens.)** *Soc. méd. des hôpit. 13. Juli 1894.*

Nichts Neues. LUC.

79) **Walker Downie** (Glasgow). **Ein Fall von gutartiger Mykose der Mandeln. (A case of mycosis tonsillaris benigna.)** *Glasgow Medical Journal. November 1894.*

Nichts Neues. P. MC BRIDE.

80) **Du Castel. Syphilitischer Schanker der Mandel. (Chancre syphilitique de l'amygdale.)** *Journal des Praticiens. 17. August 1894.*

Eine allgemeine Uebersicht nebst 2 neuen Fällen. A. CARTAZ.

81) **Peroni u. Gradenigo. Neuer Fall von primärem Syphilom der linken Mandel. (Un nuovo caso di sifiloma primitivo della tonsilla sinistra.)** *Arch. it. d'Otol. 1894. No. 2.*

Eine casuistische Notiz. TOTI.

82) **Birkitt u. Adami. Kleiner gestielter Polyp der linken Tonsille. (Small pedunculated polyp from left tonsil.)** *Canada Med. Record. Mai 1894.*

Der etwa erbsengrosse Polyp stammte von einem 4 Monat alten Kinde; mikroskopisch bestand er aus einem oberflächlichen Lager platter Epithelzellen, sodann aus Bindegewebe, in dem eine Reihe durch fibröse Septa getrennter Drüsenalveolen lag. Ausführungsgänge wurden nicht gefunden. Diese Art Tumoren ist am weichen Gaumen häufiger beobachtet worden, in Verbindung mit der Mandel aber ist sie entschieden selten. W. J SWIFT (LEFFERTS).

83) **A. B. Thrasher. Sarcom der Tonsille. (Sarcoma of the tonsil.)** *Lancet-Clinic. 29. September 1894.*

2 Krankengeschichten. Beide Fälle wurden operirt; im einen trat nach 2 Monaten ein Recidiv ein, der andere ist bereits 4 Jahre recidivfrei.

W. J. SWIFT (LEFFERTS.)

84) **Arthur W. Watson. Ein Fall von Sarcom der Tonsille. (A case of sarcoma of the tonsil.)** *N. Y. Med. Journal. 10. November 1894.*

Vortrag gehalten auf dem 16. Jahrescongress der American Laryngological Association; Referat im Verhandlungsbericht. LEFFERTS.

85) **B. F. Westbrook. Ein Fall von neurotrophischer Läsion der Mandel, des Gaumensegels und Zäpfchens als Complication bei multipler Neuritis. (A case of neurotrophic lesion of the tonsil, velum palati and uvula complicating multiple neuritis.)** *N. Y. Med. Journal. 17. November 1894.*

Die Diagnose des Falles stützte sich auf den Entstehungsmodus des ulcerativen Processes, den Fortschritt der Symptome, die Erscheinungen beim Eintritt der Heilung, ferner auf die Thatsache, dass gleichzeitig eine ausgedehnte Neuritis bestand, welche die meisten peripheren Nerven derselben Körperseite afficirt hatte. W. hat einen ähnlichen Fall von nekrotischen Veränderungen an Tonsille und Gaumen, der als Dystrophie neuritischen Ursprungs zu deuten wäre, in der Literatur nicht gefunden; er hält seinen Fall trotzdem nicht für ein Unicum, wenigstens sind Fälle von ulcerativer Hemiglossitis infolge von Trigeminuserkrankung nicht so vereinzelt und auch Trommelfellentzündungen u. a. m. als Folge von pathologischen Zuständen, die den Vagus oder das Ganglion Gasseri betreffen, sind bekannt. Der pathologische Process in W.'s Falle wäre wahrscheinlich zu lokalisiren im Ganglion spheno-palatinum, sei es, dass das Ganglion selbst entzündet oder dass schliesslich auf reflectorischem Wege die zu den Schlund-, Nasen- und Ohrgeweben führenden Nervenfasern betheiligt waren.

Der W.'sche Fall betraf eine Frau von 51 Jahren. Das Ulcus hatte folgende Beschaffenheit und Ausdehnung: Es hatte in der kurzen Zeit von 2 Wochen die ganze buccale Fläche der Mandel entblösst und sich über die äusseren zwei Drittel des vorderen Gaumenbogens ausgebreitet, den es ganz zu zerstören drohte; von hier griff es auf die Gaumenfläche über bis fast an die Basis der Uvula. Die Oberfläche des Ulcus war sehr unregelmässig, besonders seine tonsilläre Partie, die aussah wie aus grossen Granulationen zusammengesetzt, zwischen denen Depressionen oder Lacunen sassen.

Das ganze erkrankte Gewebe war erheblich geschwollen, ziemlich dunkel verfärbt, nicht indurirt. Die Hyperaesthesie war so stark, dass der Untersuchende von dem hinteren Gaumenbogen und dem Rachen selbst nichts zu sehen bekam.

Später war das Ulcus vergrössert, es erstreckte sich auf die Vorderfläche des Velums bis zur Mittellinie, bis zu einem Punkte etwa 1 cm oberhalb des Ansatzes des Zäpfchens. W. konnte jetzt auch feststellen, dass auch die hintere Fläche des Velums in den ulcerativen Process einbezogen war, welcher nach unten bis zu den Plicae pharyngo-epiglotticae reichte.

Die Farbe der Schleimhaut war dunkler als sonst bei Entzündungen, sie deutete auf venöse Stauung. Diese Färbung reichte auf den harten Gaumen hinauf, nach vorn bis zum 1. Molarzahn; sie stach deutlich von dem helleren Colorit der anderen Seite ab.

Die linke Tonsille war geschwollen, so dass sie mit der Uvula in deren ganzer Ausdehnung in Contact stand; das Zäpfchen war leicht ödematös.

Da der Schmerz schon bei der geringsten Berührung der erkrankten Gewebe oder auch der Zungenbasis unerträglich war, gelang eine Besichtigung des inneren Larynx nicht; der obere Ring desselben, gebildet aus Epiglottis, Ligg. ary-epiglottica und den kleinen Knorpeln (Wrisberg und Santorini) war jedenfalls nicht erkrankt.

Die weitere Geschichte des Falles ist ebenfalls höchst interessant; bezüglich dieser, wie auch der Therapie, die schliesslich Erfolg hatte, sei auf das Original verwiesen. LEFFERTS.

86) **Lange** (Strassburg). **Ueber Mandelsteine.** *Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie. XXXIX. 1. 2. 1894.*

Aus der linken Mandel wurden bei einem 32jährigen Manne nach Spaltung des Arcus palatoglossus zwei Steine herausgenommen, von denen der grössere 24 g, der kleinere 4 g wog. Jeder trug eine vollkommen glatte Schlifffläche.

Die Steine bestanden der Hauptsache nach aus phosphorsauren Salzen.

SEIFERT.

87) **W. K. Butler. Ein ungewöhnlicher Fall von Tonsillolith. (Tonsillolith: an unusual case and specimen.)** *Phil. Med. News. 24. November 1894.*

Die Untersuchung ergab eine starke Vorwölbung des weichen Gaumens gerade über der rechten Mandel, mit subacuter Entzündung. In der Meinung, dass ein Abscess vorliege, cocainisirte Verf. und incidirte, wobei das Messer auf den Stein stiess. Der Schnitt, der in der Mitte zwischen Uvula und vorderem Gaumenbogen sich befand, wurde verlängert und B. versuchte, mit der Zange die Masse zu extrahiren. Dies gelang nicht, da der Stein nicht gefasst werden konnte. Er wurde dann ausgeschält, während der hinter den Gaumenbogen geführte Finger nach vorn drängte. Der Stein maass 25 : 22 : 18 mm und wog 5 g. LEFFERTS.

88) **Arslan Yerwant** (Padua). **Chirurgische Behandlung der Mandelhypertrophien. Morcellement. (Cura chirurgica delle ipertrofie tonsillari. Spezzettamento.)** *Arch. it. d'Otol. 1894. No. 2.*

Verf. acceptirt aus practischen und therapeutischen Gründen die von Sokolowski und Dmokowski vorgeschlagene Classification der Mandelhypertrophien nicht und zieht die folgende vor:

I. Gestielte hypertrophische Tonsillen.
II. Eingekapselte hypertrophische Tonsillen.
III. Pseudo-hypertrophische Tonsillen.

Die zweite Gruppe wird wieder in zwei Unterabtheilungen geschieden, je nachdem die Adhäsionen mit den Gaumenbögen leicht oder schwer zu trennen sind. Zur Ausführung des Morcellements hat Verf. eine starke schneidende Zange mit ovalen Enden construiren lassen, die besondere Vortheile bieten soll. Folgendes sind die Schlüsse der Arbeit:

1. Gestielte Tonsillen sollen herausgeschnitten werden, bei Erwachsenen mittelst heisser Schlinge, bei Kindern mittelst Tonsillotom.
2. Eingekapselte Tonsillen operire man durch Verf.'s Zange.
3. Eingekapselte Tonsillen mit starken Verwachsungen zerstöre man mit dem Galvanocauter.
4. Bei der pseudo-hypertrophischen oder lacunären Form wende man die Excision mit dem scharfen Haken an.
5. Das Morcellement ist im Stande, alle anderen Mittel zu ersetzen, und die universelle und Auswahlmethode zu werden. TOTI.

89) **Marcel** (Bukarest). **Ueber die Strangulation der Tonsillen.** *Wiener med. Presse. 1894. No. 31.*

M. versteht darunter die Enucleation der Tonsille mit der kalten Stahldrahtschlinge, die er 50mal (auch bei Kindern) anstandslos ausführte. Sie ist bei weichen Tonsillen besonders der Kinder leicht ausführbar, erzeugt geringe Blutung und wenig Schmerz. Bosworth gebraucht sie ebenfalls. Die galvanocaustische Schlinge passt für harte Tonsillen. CHIARI.

90) **Brown Kelly. Die Behandlung gewisser Affectionen der Mandeln mit einer neuen Mandel-Doppelcurette. (The treatment of certain conditions of the tonsils by means of a new tonsil punch.)** *Lancet. 7. Juli 1894.*

In Fällen, wo man aus dem einen oder anderen Grunde die Mandeln nicht mit dem Tonsillotom entfernen kann, benutzt Verf. eine Art Doppelcurette. Das Instrument wird beschrieben und abgebildet. Kleine Stücke bis zu Bohnengrösse können mit demselben entfernt werden. ADOLPH BRONNER.

91) **Arthur Hartmann. Tonsillotom zur Entfernung von kleinen Tonsillen und zur partiellen Abtragung von Tonsillen.** *Deutsche medicin. Wochenschr. 1894. No. 27.*

H. empfiehlt das früher von ihm zur Abtragung des vorderen Endes der mittleren Muschel empfohlene Instrument, Conchotom, eine Doppelringzange mit schneidenden Ringen, auch zu dem im Titel benannten Zweck. LANDGRAF.

92) **P. Boulengier. Die Anginen im Allgemeinen. (Les angines maladies générales.)** *La Presse méd. Belge. No. 2. 1894.*

B. führt einen Fall von leichter andauernder Albuminurie an in Folge einer Stomatitis aphthosa mit Mund- und Pharyngealgeschwüren; die Albuminurie führt er auf Verlegung der Gefässe einer parenchymatösen Nierenzone durch einen Microbeninfarkt zurück und macht dabei darauf aufmerksam, dass nicht bloss diphtherische, sondern alle möglichen Arten von Angina (katarrhal., phlegmonöse, pseudomembranöse etc.) allgemeine Complicationen der inneren Organe hervorrufen können. BAYER.

93) **J. Wodon. Fall von herpetischer Angina mit Bläschenausschlag auf und in der Nase. (Cas d'angine herpétique avec poussées d'herpès sur et dans le nez.)** *La Presse med. Belge. No. 18. 1894.*

Unter Fiebererscheinungen trat ein Bläschenausschlag zuerst rechts im Halse, dann in der linken Nase und linken Halsseite und schliesslich in der rechten Nasenseite auf. BAYER.

94) **Corradi** (Verona). **Zwei Fälle von Geschwüren der Fauces bei Tuberculösen. (Due casi di ulcerazioni delle fauci in soggetti tubercolosi.)** *Arch. it. d'Otol. 1894. No. 2.*

Die Geschwüre waren im ersten Fall ohne Zweifel, im zweiten sehr wahrscheinlich secundär. Ausserdem gingen die Pharynxlocalisationen mehrere Monate der allgemeinen Invasion der Lungen voraus, in denen (wenigstens im 2. Falle)

der tuberculöse Process schon seit langer Zeit existiren sollte, freilich ohne merkliche Symptome zu machen. TOTI.

95) **Lenry. Die tertiäre Syphilis des Halses. (La syphilis tertiaire de la gorge.)** *Thèse de Paris. 1894.*

Nichts Neues. A. CARTAZ.

96) **F. T. Paul** (Liverpool). **Ein Fall von grossem Adenom im Schlunde. (Case of large adenoma of the fauces.)** *Liverpool Med. Chir. Journal. Juli 1894.*

Die 42jährige Patientin klagte über eine Geschwulst im Halse, die sie vor etwa 1 Jahre zuerst bemerkt hatte und die damals ziemlich dieselbe Grösse hatte wie zur Zeit der Untersuchung. Schmerzen bestanden nicht, überhaupt waren die Beschwerden gering. Es fand sich ein Tumor, der von links her in den Rachen hineinhing; derselbe war fest-elastisch, mit glatter Schleimhaut überkleidet. Es wurde die Diagnose auf ein eingekapseltes Adenom gestellt und der Tumor in der Chloroformnarkose ausgeschält, nachdem zuvor die Laryngotomie gemacht war. An ihrem obersten Theile war die Geschwulst mit der Schädelbasis verwachsen und hier machte die Losschälung einige Schwierigkeit. Die Patientin genas vollständig. P. MC BRIDE.

97) **C. N. Cotterill** (Edinburgh). **Carcinom des Halses. (Carcinoma of the throat.)** *Edinburgh Med. Journal. Januar 1894.*

Demonstration des Präparates. P. MC BRIDE.

98) **J. W. Gleitsman. Die Wichtigkeit der Frühdiagnose maligner Halsgeschwülste. (The importance of an early diagnosis of malignant tumors of the throat.)** *N. Y. Med. Journal. 10. November 1894.*

Abdruck eines auf dem 16. Jahrescongress der American Laryngological Association gehaltenen Vortrags: Referat im Verhandlungsbericht. LEFFERTS.

99) **Geo. M. Lefferts. Sensorische Neurosen des Halses. (Sensory neuroses of the throat.)** *Internat. Clinics. Vol. II. 3 Series. p. 338.*

Eine klinische Vorlesung, gehalten am College of Physicians and Surgeons N. Y.; nichts Neues. LEFFERTS.

100) **Adolph Rupp. Fischgräten im Halse, mit Bemerkungen über den Schluckact. (Fish bones in the throat and what they suggest concerning deglutition.)** *N. Y. Med. Journal. 19. Mai 1894.*

Verf. sieht in seinen Erörterungen von allen Fremdkörpern, die durch ihre Masse zu Verstopfungssymptomen im Halse Anlass geben, ab und beschränkt sich ausschliesslich auf Gräten und ähnliche spitze, glatte Gegenstände, wie Nadeln, Holzsplitter etc. Er thut dies, weil gerade diese Fremdkörper die Tendenz haben, sich an der Stelle, wo sie liegen, fest zu fixiren oder einzuklemmen und weil sie ganz besonders geeignet sind, einiges Licht auf die Frage zu werfen: Wodurch kommt die Einklemmung oder Fixirung gerade an der besonderen Stelle, wo man den Fremdkörper findet, zu Stande. Die Antwort auf diese Frage setzt das Ver-

ständniss des Schluckaktes voraus und auch die anatomischen und pathologischen Verhältnisse, sowie die persönlichen Gewohnheiten jedes Falles kommen in Betracht. Alle diese Punkte zieht der Verf. in den Kreis seiner Erörterungen, die ihn zu folgenden Schlusssätzen führen:

1. Die Gründe für die Einklemmung von Fremdkörpern, wie Gräten, Nadeln und ähnlichen, sind nicht primär im Pharynx zu suchen.

2. Unter normalen Verhältnissen sind die Zunge, der Schlund und der Pharynx die für das Schlucken wesentlichen Organe; sie wirken als mechanisch-physiologischer Apparat zusammen.

3. Die primäre und hauptsächliche Ursache für das Steckenbleiben von Gräten, Nadeln u. s. w. im Halse liegt in dem Bissen selbst — in der Lage der Nadel oder Gräte in dem Bissen, ob dieselbe tief oder oberflächlich gelegen ist, längsgestellt zur Axe des Bissens oder quer — und ausserdem in der wechselnden und verschiedenen Kraft, mit der der Bissen zum Magen hin bewegt wird.

4. Möglicherweise verlässt der Bissen die Zunge und bewegt sich in den Pharynx mit einer Dreh- oder Schraubenbewegung.

5. Die Falk-Kronecker-Meltzer'sche Theorie vom Schlucken, die auf experimenteller Basis sich aufbaut, kann für die Erklärung des Steckenbleibens der Gräten etc. im Halse verwerthet werden – eine drehende Bewegung des Bissens als eines der treibenden Momente ist durch die Experimente der genannten Autoren nicht ausgeschlossen.

6. Die Epiglottis ist für den Schluckakt und auch für die Fremdkörper indifferent.

LEFFERTS.

d. Diphtheritis und Croup.

101) **Oertel** (München). **Entwurf zu gemeinsamen staatlich angeordneten Untersuchungen über die Ursachen der epidemischen Diphtherie.** *Internation. klin. Rundschau. 1894. No. 34.*

Es wird vorgeschlagen solche Untersuchungen ausführen zu lassen I. in Bezug auf den Diphtherie-Bacillus, dessen Lebensbedingungen und Verbreitung.

II. Epidemiologischer Theil 1. Untersuchungen in Bezug auf allgemeine klimatische Verhältnisse und ihren Einfluss auf die Diphtherie. 2. Ueber individuelle, locale und sociale die Krankheit bedingende, ihre Virulenz steigernde und ihre Ausbreitung fördernde Verhältnisse.

III. Allgemeine hygienische und specielle hygienische Maassnahmen sollen staatlich angeordnet, angerathen und durchgeführt werden.

Die interessanten Einzelheiten sowie der Entwurf zu einem Fragebogen an die Aerzte müssen im Originale nachgelesen werden.

CHIARI.

102) **Leitartikel. Aetiologie und Prophylaxe der Diphtheritis. (Etiologie et prophylaxie de la diphtérie.)** *Revue méd. No. 5. 1894.*

Leitartikel nach der Löffler'schen Mittheilung auf dem Budapester Congress.

BAYER.

103) **Wethered** (London). **Die Diagnose der Diphtheritis durch bacteriologische Culturen. (The diagnosis of diphtheria by bacteriological cultures.)** *British Medical Journal. 24. März 1894.*

In diesem am 19. März 1894 vor der Medical Society of London gehaltenen Vortrag kommt der Autor zu folgenden Schlüssen:

1. Dass bacteriologische Untersuchungen des in zweifelhaften Fällen aus dem Halse der Kranken gewonnenen Materials von grossem diagnostischen Werth sein können.

2. Dass bei der mikroskopischen Untersuchung keine besondere Gefahr vorliege, die bei Fällen folliculärer Tonsillitis gefundenen Organismen mit dem pathogenen Organismus der Diphtheritis zu verwechseln, obwohl das makroskopische Aussehen der Culturen nichts Charakteristisches besässe.

3. Dass, da mehrere Beobachter nicht-bösartige Organismen beschrieben hätten, welche dem Diphtheriebacillus ähnlich wären, in zweifelhaften Fällen Gelatinplattenculturen als Controlexperiment angefertigt werden sollen. — Weitere Details über die Anfertigung dieser Culturen müssen im Original nachgelesen werden.

SEMON.

104) **Abel** (Greifswald). **Zur Kenntniss des Diphtheriebacillus.** *Deutsche med. Wochenschr. 1894. No. 35.*

Ein 12jähriges Mädchen erkrankte am 6. October an Rachendiphtherie. Am 13. war der Belag verschwunden. 3 Tage nach ihrer am 19. erfolgten Entlassung bekam sie Rhinitis fibrinosa. In den aus der Nase entnommenen Membranen fanden sich virulente Diphtheriebacillen. Noch am 17. December — 65 Tage nach Ablauf der Rachendiphtherie und 4 Wochen nach Verschwinden der Membranen in der Nase — wurden im Nasenschleim virulente Diphtheriebacillen nachgewiesen.

In einem 2. Fall von Rhinitis fibrinosa, in welchem sich nur auf einer Seite Membranbildung zeigte, waren in beiden Nasenhälften virulente Diphtheriebacillen vorhanden.

LANDGRAF.

105) **W. F. Chappell. Strittige Punkte aus der Bacteriologie der Diphtheritis. (Vexed questions in the bacteriology of diphtheria.)** *N. Y. Medical Record. 14. April 1894.*

Verf. berichtet über Fälle von vollkommen gesunden Kindern, bei denen sich der Klebs-Loeffler'sche Bacill fand. Man kann danach nicht einfach Diphtherie diagnosticiren, wo der Bacill vorhanden ist. Zum mindesten ist noch der Thierversuch zum Nachweis der Virulenz der Bakterien nothwendig. Es ist vor der Hand mit 3 Möglichkeiten zu rechnen:

1. Das klinische Bild der Diphtherie ohne Klebs-Loeffler'sche Bacillen.

2. Dasselbe Bild mit Bacillen.
3. Klebs-Loeffler'sche Bacillen ohne ein klinisches Zeichen von Diphtherie.

LEFFERTS.

106) **Tezenas du Montcel** (Lyon). **Beitrag zum Studium der Diphtherie; ihre Diagnose und Aetiologie. (Contribution à l'étude de la diphtérie. Diagnostic et étiologie.)** *Thèse de Lyon. 1894.*

Von 554 Fällen, die der Diphtherie-Station zugewiesen wurden, liessen sich durch die bakteriologische Untersuchung 138 Fälle von Angina ausscheiden, bei denen das Exsudat keine Bacillen enthielt. Von diesen 138 Fällen starben 3. Unter 8 Croupfällen ohne Bacillen finden sich 8 Heilungen. Die 306 Fälle von Angina mit Bacillen ergeben 134 Todesfälle, die 102 Fälle von Croup mit Bacillen 64 Todesfälle.

Bei 60 Patienten untersuchte der Verf. die Dauer der Contagiosität. Bei 44 Fällen, die keine Membranen mehr hatten und keinen Ausfluss aus der Nase, fand sich der Bacill nicht mehr; bei 5 Fällen gelang es in einer zweiten Cultur doch, ihn nachzuweisen. Bei 11 Fällen mit nasalem Ausfluss fand sich der Bacill in der Nasenhöhle am 12., 35. und selbst am 55. Tage noch. A. CARTAZ.

107) **H. H. Biggs. Bericht des Gesundheitsamts (New York City) über die Kehlkopfdiphtherie. (Report of Health Department [New York City] on laryngeal diphtheria.)** *N. Y. Med. Record. 12. Mai 1894.*

Die Untersuchungen während der letzten 10 Monate haben ergeben, dass etwa 80 pCt. der Fälle von sogenanntem membranösem Croup bei Kindern echte Diphtheritis waren. Von dem Rest von 20 pCt. blieben 6 pCt. zweifelhaft und nur 14 pCt. waren sicher nicht Diphtherie. Weiter hat sich gezeigt, dass Rachendiphtherie in diesen Fällen von Croup der Kehlkopfaffection häufig vorangeht oder folgt. LEFFERTS.

108) **Flügge** (Breslau). **Die Verbreitungsweise der Diphtherie mit specieller Berücksichtigung des Verhaltens der Diphtherie in Breslau 1886—1890.** *Zeitschr. f. Hygiene. XVII. 3. 1894.*

Für die Erhaltung der Diphtheriebacillen an leblosen Objecten sind günstig: niedere Temperatur, feuchte Luft, Dunkelheit. Diese Bedingungen sind gegeben im Seeklima, im Winter an Orten mit Uebergangsklima, in Kellerwohnungen. Differenzen in der Leichtigkeit des Transportes vom Contagium können geschaffen werden durch Lebensgewohnheiten, Sitten und Gebräuche. Die Ansteckung wird erleichtert durch dichtes Zusammenwohnen, einen geringen Grad von Reinlichkeit, durch gemeinsame Benutzung von Trink- und Essgeschirr, durch Küssen der Kinder etc. Die individuelle Disposition ist häufig der Ausdruck einer Reihe von Lebensgewohnheiten, welche die Uebertragung der Krankheit begünstigen.

Der Statistik über die Verbreitung der Diphtherie in Breslau liegen 6394 Krankheitsfälle zu Grunde.

Zahlreiche Pläne und Curven erläutern die interessante Arbeit.

SEIFERT.

109) **M. H. J. Ruland** (Maastricht). **Bemerkungen in Bezug auf die Diphtherie-Epidemie zu Maastricht. (Enkele aanteekeningen met betrekking tot de diphtheritis-epidemie te Maastricht.)** *Ned. Tijdschrift v. Geneesk. 1894. I. No 8. S. 233.*

Ausführliche Besprechung und gründlich bearbeitete statistische Uebersicht der Diphtherie-Epidemie, welche 1892—1893 in der Stadt Maastricht wüthete und sehr bösartiger Natur war. Die Mortalität betrug 20,3 pCt. der Erkrankten. Die Causa proxima mortis war bei 59,8 pCt. der Gestorbenen die Intoxication, bei 17,5 pCt. Bronchopneumonie, bei 10,2 pCt. Bronchitis capill., bei 7,2 pCt. Nephritis, bei 2,1 pCt. Paralysis cordis acuta, bei 2,1 pCt. Paralysis gener., bei einem Kranken Haemorrhagie.

Die Art der Verbreitung der Krankheit über die Stadt bestätigt die Ansicht, dass nur an eine Uebertragung des Contagiums von Person auf Person gedacht werden kann, während man zu der Annahme, dass die Familiendisposition ein wesentlicher Factor bei der Verbreitung ist, gezwungen wird.

Ausführlich bespricht R. das Mortalitätsverhältniss der im Krankenhaus behandelten Patienten in Verbindung mit der stattgehabten Therapie, ohne dass daraus eclatante Folgerungen zu machen wären. Die Tracheotomie wurde 105 Mal ausgeführt mit einem Heilungsprocent von 37,1. Die Arbeit schliesst mit einer Besprechung der medicinisch-polizeilichen Maassregeln. R. spricht sich, gestützt auf unzweideutige Thatsachen, für die Nothwendigkeit der Schliessung der Schulen während einer Diphtherie-Epidemie aus. H. BURGER.

110) **J. L. C. Wortman** (Noordgouwe). **Die Behandlung von Angina diphtheritica anlässlich der Epidemie 1892—1893 zu Maastricht. (Behandeling van Angina diphtheritica, naar aanleiding van de epidemie 1892—1893 te Maastricht.)** *Ned. Tijdschr. v. Geneesk. 1894. I. No. 10. S. 335.*

Brief an die Redaction, in welchem W. für die Behandlung der Diphtherie mit Solutio chloreti ferrici in die Schranken tritt. Erwachsenen verschreibt er stündlich einen Esslöffel einer einprocentigen Lösung innerlich und lässt die halben Stunden mit einer zweiprocentigen Lösung gurgeln. H. BURGER.

111) **F. C. Woodburn. Ist membranöser Croup Diphtheritis? (Is membranous croup diphtheria?)** *Indiana Med. Journal. April 1894.*

W.'s Schlussfolgerungen: 1. Es giebt zwei Formen von membranöser Laryngitis — die eine ist echte Diphtheritis, hervorgerufen durch den Klebs-Löffler'schen Bacillus; die andere eine nicht-contagiöse membranöse Laryngitis, erzeugt durch Streptokokken, Staphylokokken etc. Beide Formen sind gleich schwer. 2. Der membranöse Croup ist sehr viel seltener als man gewöhnlich annimmt. 3. Da in manchen Fällen eine bakteriologische Untersuchung der Membran nicht ausführbar ist, so sollen in zweifelhaften Fällen dieselben Vorsichtsmassregeln gegen Weiterverbreitung der Infection getroffen werden, wie in den als echte Diphtherie erkannten Fällen. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

112) **Ino. A. Larrabee. Diphtheritis. (Diphtheria.)** *N. Y. Medical Journal. 17. März 1894.*

1. Die localen Erscheinungen gehen der Schwere der Erkrankung nicht immer parallel. Oft folgen nach relativ geringen Membranen sehr schwere Allgemeinerscheinungen und auf der andern Seite beobachtet man Fälle mit ausgedehnten starken Belägen, in denen die toxischen Symptome nur gering oder garnicht vorhanden sind.

2. Anämie, Albuminurie und Schwellung der Halsdrüsen oder der Parotis sind als Zeichen dafür anzusehen, dass die Erkrankung den Gesammtorganismus ergriffen hat und dass darum die Gefahr der Herzschwäche besteht.

3. In therapeutischer Hinsicht empfiehlt Verf. das Wasserstoffsuperoxyd zum Gurgeln und Papoid in Form von Einblasungen, für die Allgemeinbehandlung Eisentinctur und Stimulantien.

LEFFERTS.

113) **J. Samson. Die Diphtheritis und ihre Behandlung. (Diphtheria and its management.)** *Med. Age. 25. April 1894.*

Nichts Neues.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

114) **F. H. Williams. Diphtheritis und andere membranöse Halserkrankungen. (Diphtheria and other membranous affections of the throat.)** *Med. Communications to the Mass. Med. Soc. Vol. XVI. p. 227.*

Nicht zugänglich.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

115) **J. A. Ward. Die Diphtheritis: ihre Ursache und Therapie. (Diphtheria — its cause and treatment.)** *St. Louis Courier of Med. April 1894.*

Nichts von Interesse.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

116) **Bulloch** u. **Schmorl** (Leipzig). **Ueber Lymphdrüsenerkrankungen bei epidemischer Diphtherie.** *Beitr. z. pathol. Anatomie. XVI. 2. 1894.*

Die Untersuchungen von B. und Schm. haben ergeben, dass bei der epidemischen Diphtherie der oberen Luftwege eine eigenthümliche Erkrankung der regionären Lymphdrüsen sich entwickelt, welche durch eine zellige Hyperplasie, durch das Auftreten eines fibrinösen Exsudates und von nekrobiotischen Herden, sowie durch eine hyaline Degeneration des Lymphdrüsenreticulums und der Gefässe charakterisirt ist. Der Hauptsache nach wird diese Lymphdrüsenerkrankung durch die von den Diphtheriebacillen auf den erkrankten Schleimhäuten producirten und durch die Lymphgefässe resorbirten Toxine hervorgerufen sein, da die Zahl der in den Drüsen gefundenen Bacillen eine auffallend geringe und in keinem Verhältniss zu der Schwere der Lymphdrüsenerkrankung stand.

SEIFERT.

117) **Louis Fischer. Diphtheritische Mastitis durch Infection von Stomatitis diphtheritica. (Mastitis diphtheritica by infection from Stomatitis diphtheritica.)** *N. Y. Med. Record. 17. März 1894.*

Das 7 Monate alte Kind zeigte zwei grau-gelbliche Flecke an der Zungenspitze und am weichen Gaumen; nach einigen Tagen bedeckte sich unter Fieber auch die Uvula und die linke Mandel mit Membranen. Die Mutter, die das Kind

nährte, klagte über Schmerzen in der linken Brust. Diese war geschwollen, bei Berührung schmerzhaft. An der Mamilla befand sich eine halbbogenförmige breite Fissur, die stellenweise einen weissen Belag zeigte. Auch die Mutter fieberte und die Axillardrüsen waren geschwollen. Aus dem Mund des Kindes, wie von der Brust der Mutter wurden Streptokokken und Löffler'sche Diphtheriebacillen gezüchtet.

LEFFERTS.

118) **Hale White** (London). **Diphtheritische Paralyse mit plötzlichem Tode infolge von Eindringen von Thee in die Bronchien. (Diphtherial paralysis suddenly fatal, owing to entrance of tea into bronchial tubes.)** *British Medical Journal. 3. März 1894.*

Der Fall, dessen Natur durch den Titel genügend gekennzeichnet ist, wurde am 23. Februar in der Clinical Society of London berichtet. Der Tod erfolgte in der dritten Woche nach dem Verschwinden der acuten Symptome. Die Discussion förderte nichts Besonderes zu Tage.

SEMON.

119) **Thomas** (Genève). **Notiz über einen Fall von diphtherischer Lähmung ohne vorhergehende Angina. (Note sur un cas de paralysie diphth. d'emblée sans angine préalable.)** *Revue méd. suisse rom. H. 7. 1894. Genf.*

$2^1/_2$jähriges Kind, Lähmung der Nacken-, Gaumen-, Kehlkopfmuskeln, der Arme und schliesslich der Athmung und des Herzens. Nach Andern erklärt er sich die Sache hypothetisch so, dass allerdings Löffler'sche Bacillen vorhanden gewesen, aber die Schlusssymptome am 3. Tage eingetreten seien, bevor die fibrinöse Exsudation habe sich bilden können.

JONQUIÈRE.

120) **C. C. Hersman. Folgekrankheiten der Diphtherie. (Sequelae of diphtheria.)** *Pittsburgh Med. Review. April 1894.*

Nichts von Interesse.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

121) **Gay. Allocheirie im Gefolge von Diphtherie. (Allocheiria in the sequence of diphtheria.)** *Phil. Med. News. 17. März 1894.*

G. berichtet über den Fall eines 13jährigen Mädchens, das 4 oder 5 Wochen nach einer schweren Diphtherie-Attake Flüssigkeiten durch die Nase regurgitirte und eine schrille und fast flüsternd schwache Stimme bekam. Gleichzeitig traten Störungen beim Nahsehen und Diplopie auf; die Pupillen waren erweitert und reagirten nur schwach. Die Recti interni waren paretisch. Ueberhaupt bestand nirgends eine wirkliche Lähmung, doch eine allgemeine Muskelschwäche. Der Gang war strauchelnd; das Stehen unsicher; die Kniephänomene ebenso wie die Ellbogen-, Kinn-, und auch die Haut-Reflexe fehlend. An allen 4 Extremitäten zeigten sich deutliche ataktische Erscheinungen. Das Gehör, wahrscheinlich auch der Geschmack waren intakt, der Geruch aber war verloren gegangen. Leise Berührungen wurden nicht empfunden, stärkere wurden auf ganz genau entsprechende Stellen auf der entgegengesetzten Seite bezogen. Eine Verlangsamung der Leitung oder Polyästhesie und Parästhesien waren nicht nachweisbar. Hitze und Kälte wurden gut auseinander gehalten, dagegen war die Muskelempfindung in allen 4 Extremitäten verloren. Der weiche Gaumen war nur leicht paretisch; eine laryn-

goskopische Untersuchung konnte nicht gemacht werden. Die gesammten Symptome besserten sich allmälig.

LEFFERTS.

122) **Sigel** (Stuttgart). **Zur Prognose der Diphtherie.** *Medic. Corresp.-Blatt d. Württemb. ärztl. Landesvereins. No. 18. 1894.*

Von den Momenten, welche für die Beurtheilung der Prognose von Bedeutung sein können, kommt die Constitution nicht in Betracht, hingegen das Lebensalter, indem das Alter von 2—5 Jahren am meisten gefährdet erscheint. Ferner ist von Bedeutung der Charakter der Epidemie. Ungünstig wird ferner die Prognose durch plötzliches Steigen oder Fallen der Körpertemperatur, Albuminurie hält Verf. nur für eine unangenehme Complication. Ungünstig wird die Prognose bei rascher Ausbreitung der Auflagerungen, wenn dieselben ein wie scheckiges Aussehen gewinnen auf die Uvula und die Nase übergehen und wenn starke Drüsenschwellungen vorhanden sind.

SEIFERT.

123) **C. H. Hamilton. Prophylactische und germicide Behandlung der Diphtherie. (Prophylactic and germicidal treatment of diphtheria.)** *Philad. Med. News. 10. März 1894.*

Verf. gebraucht mit vielem Erfolge folgende Lösung, die sich ihm durch die Einfachheit und Leichtigkeit ihrer Application und durch ihre Wirksamkeit für die lokale Behandlung der Rachendiphtherie, u. z. als Prophylacticum wie als germicides Mittel bei entwickelten Fällen in gleicher Weise empfiehlt:

Rp. Hydrarg. bijodat. . 0,12
Sacch. alb 30,0
Ol. Menth. piperit. 0,12

M. D. S. In Pulvern von 0,3—0,6 ein- oder zweistündlich den Kindern auf die Zunge oder die Innenfläche der Lippen zu legen und ein paar Minuten lang darnach kein Wasser nehmen zu lassen.

LEFFERTS.

124) **Piedaln. Die Behandlung der pseudomembranösen Angina. (Treatment of pseudo-membranous angina.)** *N. Y. Med. Record. 31. März 1894.*

Verf. hat bei der Behandlung derjenigen Formen von Angina, die in den Pseudomembranen den Klebs-Löffler'schen Bacill führen, vortreffliche Resultate erzielt mit einer Mischung von Hydrarg. bijodat. 0,5, Kalium jodat. 30,0, Syrup simpl. 1000,0. Er lässt davon zweistündlich, je nach dem Alter des Patienten, 1 bis 2 Theelöffel voll nehmen. Sobald nach mehreren Stunden Zeichen von Quecksilberwirkung hervortreten, gehe man mit der Menge des Mittels herunter. Zwei oder drei Mal am Tage fasst P. die Membran mit der Zange und versucht in sanfter Weise, sie abzuheben. In der Regel beginnt die Heilung in ca. 48 Std. in die Erscheinung zu treten.

LEFFERTS.

125) **Redactionelle Notiz. Diphtheritis. (Diphtheria.)** *Times and Register. 3. März 1894.*

Die Quecksilberbehandlung giebt, wenn sie zeitig begonnen und energisch durchgeführt wird, den grössten Procentsatz von Heilungen. Ob das Sublimat

oder Calomel benutzt wird, ist von geringerer Bedeutung, nur müssen beide bis zu dem Grade, in dem sie gerade noch zu vertragen sind, gegeben werden.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

126) **Dillon Brown. Ein paar praktische Bemerkungen über die Behandlung der Diphtheritis mit Calomel-Dämpfen. (Some practical points in the treatment of diphtheria by calomel-fumigations.)** *Phil. Med. News. 12. Mai 1894.*

Die Indicationen für die Behandlung sind klar gegeben: 1. Die Zerstörung der Bacillen und der anderen Keime, die an der Production der Krankheit mitbetheiligt sind. 2. Verhütung der Weiterausbreitung der Infection durch Schutz der benachbarten Schleimhäute vor Verletzungen und durch Kräftigung des Allgemeinzustandes des Patienten durch Luft und Licht, Ernährung und Alkohol. Für die laryngeale Erkrankung erfüllt keine Behandlungsmethode diese Indicationen so gut, wie die Inhalation der Dämpfe von sublimirtem Calomel. Nicht nur, dass die Dämpfe den Sitz der Erkrankung erreichen und die Keime zerstören, sondern durch die Ablagerung einer Calomelschicht werden die Gewebe auch vor allen weiteren Schädlichkeiten geschützt.

B. lässt in allen Fällen von Diphtherie 1,2 g Calomel 3mal täglich sublimiren als prophylactisches Mittel gegen die Invasion des Larynx. Sobald dennoch laryngeale Symptome auftreten, lässt er 0,9 g 1, 2 oder 3stündlich, je nach dem Fortschritt der Erkrankung verdampfen. Werden die Symptome bedrohlicher, so lässt er die Dosis und die Zahl der Fumigationen rasch ansteigen bis zum Verbrauch von 3,6 g stündlich und darüber. Trotzdem wird in einer gewissen Anzahl von Fällen ein operativer Eingriff nöthig werden; nach der Tracheotomie oder Inhalation aber soll die Calomel-Eindämpfung fortgesetzt werden und zwar an den ersten 3 Tagen 0,9—2,4 g stündl. und später allmälig absteigend weniger und seltener.

Der Effekt so grosser Calomeldosen auf die Kinder ist eine grössere oder geringere Abgeschlagenheit und Anaemie, gelegentlich Diarrhoe mit etwas Leibschmerzen, sehr selten Stomatitis, fast nie Speichelfluss und sehr selten Conjunctivitis. Auffällig ist, wie gut die Kinder diese Dämpfe vertragen, während die Umgebung sie sorgfältig meiden muss, wenn nicht sehr bald Salivation und Schmerzen und Beklemmungsgefühl auf der Brust sich zeigen soll.

LEFFERTS.

127) **Dillon Brown. Ein neuer, sicherer und einfacher Apparat zur Sublimation von Calomel bei der Behandlung von Diphtherie und Scharlachfieber. (A new, safe and simple apparatus for subliming calomel in the treatment of diphtheria and scarlet fever.)** *N. Y. Med. Record. 19. Mai 1894.*

Die Beschreibung des Apparates, den ein beigegebener Holzschnitt abbildet, ist zu technisch gehalten, um sich im Referat kurz wiedergeben zu lassen.

LEFFERTS.

128) **J. Lewis Smith. Wasserstoffsuperoxyd und Papoid bei pseudomembranösen Entzündungen. (Hydrogen Dioxide and Papoid in pseudo-membranous inflammations.)** *N. Y. Med. Record. 10. März 1894.*

Im Foundling Asylum wurde bei Diphtherie und Pseudodiphtherie das

Wasserstoffhyperoxyd in folgender Form angewandt: 30 ccm H_2O_2 in einer Flasche in einer zweiten 0,9 Natr. bicarbon. auf 60 Kalkwasser; von beiden Flaschen wird je 1 Theelöffel voll genommen und mit dem Gemisch $^1/_2$ bis 1stündlich Nase und Rachen eingesprayt. Auf diese Weise wird die Schleimhaut in wirksamster Weise von allen Sekreten gereinigt; ob der Spray auch eine membranlösende Kraft hat, wie manche Autoren angeben, vermag Verf. nicht zu sagen. Dagegen ist die Reinigung der Schleimhautfläche fraglos und dadurch dient der Spray gut als Vorbereitung für die Action des Papoids. Dieses wird 2—5 Minuten nach dem Spray applicirt. Die Erfolge dieser Therapie waren sehr gute. Von 63 Fällen von echter Diphtherie, bei denen in jedem Falle von Dr. Park der Klebs-Loeffler'sche Bacill nachgewiesen wurde, heilten 50. Die 13 Todesfälle starben an Complicationen, wie Bronchopneumonie, acute Nephritis, ein einziger an der primären Erkrankung.

Die Behandlung mit diesen beiden Mitteln schien nicht nur die Bacillen zu tödten, sondern auch ihre Gifte zu vernichten, so dass bei frühem Beginn der Behandlung Allgemeininfection und Blutvergiftung nicht eintreten sollen.

LEFFERTS.

129) **Whatville** (Kingussie). **Sublimirter Schwefel bei Diphtheritis. (Sublimed sulphur in diphtheria.)** *Brit. Med. Journal. 21. April 1894.*

Verf. behandelte 2 Fälle mit Schwefel und Allgemeinbehandlung. Die Membranen stiessen sich nach 4 Tagen ab. Der eine Fall starb an einer Herzcomplication, der andere heilte.

ADOLPH BRONNER.

130) **J. C. Lange. Die medicamentöse Behandlung der Diphtheritis. (Therapeutic treatment of diphtheria.)** *Pittsburgh Med. Review. April 1894.*

Von allen Mitteln am meisten Vertrauen verdient nach L.'s Erfahrungen das Quecksilber.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

131) **L. Fischer. Die moderne Behandlung der Diphtheritis. (The modern treatment of diphtheria.)** *Post-Graduate. April 1894.*

Nichts Bemerkenswerthes.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

132) **Joh. A. Forslund** (Schweden). **Die Diphtheritis und ihre Heilmittel. (Difterе och dess Botemedel.)** Stockholm. 1894. W. Bille.

Nicht zugänglich.

SCHMIEGELOW.

133) **Grabner** (Könitz). **Weiterer Beitrag zur Behandlung der Diphtherie.** *Corr.-Bl. d. Allg. ärztl. Ver. v. Thüringen. 7. 1894.*

Ausspülen des Mundes mit 1proc. Kochsalzlösung, 2proc. Borsäurelösung oder aromatischem Thee, innerlich 2proc. Borsäure und 2proc. Boraxlösung, oder Eisenchlorid. Gurgelungen werden verworfen.

SEIFERT.

134) **Renain** (Brest). **Die Behandlung der Diphtherie des Rachens und des Kehlkopfes.**

Als locale Behandlung der von Pseudomembranen bedeckten Theile empfiehlt Verf. das Bepinseln derselben mittelst eines Wattetampons, der mit folgender Lösung imprägnirt ist:

Methylgrün . . . . 1,0 g,
Dahliaviolett . . . . 0,35 bis 0,50 g,
Aqua destillata . . . . 200,0 g.

Diese Lösung, die unter dem Namen: bleu composé de Roux et Yersin bei uns bekannt ist, hat den Vortheil, dass sie keine ätzende Wirkung besitzt. Ist die Kehlkopfhöhle mit erkrankt, so führt Verf. Inhalationen von Terpenthindämpfen in der Weise aus, dass unter einem Zelt, das man über dem Krankenbett mittelst Betttüchern verfertigt, Terpenthinöl beständig auf dem Sandbad erwärmt wird.

Bei bestehender Erstickungsgefahr zieht Verf. die O'Dwyer'sche Intubation der Tracheotomie vor. LUC.

135) **Hector Cameron** (Glasgow). **Chirurgische Erfahrungen über Diphtherie, Typhus, Scharlach und Pneumonie. (On a surgeon's experience of diphtheria, enteric fever, scarlet fever and pneumonia.)** *Glasgow Medical Journal. Mai 1894.*

Eine Ansprache, die der Verf. als Vorsitzender gehalten hat und die ausführlich veröffentlicht werden soll. P. MC. BRIDE.

136) **John Mac Dougall** (Glasgow). **Uebersicht über die ärztliche Thätigkeit im vergangenen Jahre. (Abstract of a year's medical work.)** *Glasgow Med. Journal. Mai 1894.*

Von den mitgetheilten Fällen hat für unsere Leser einzig ein Fall von Croup, der nach der Tracheotomie zur Heilung kam, Interesse. P. MC. BRIDE.

137) **J. M. Templeton. Zwei Fälle von Tracheotomie. (Two cases of tracheotomy.)** *North Carolina Med. Journal. Mai 1894.*

Im ersten Falle handelte es sich um Entfernung eines Fremdkörpers, im zweiten um Croup. Beide Fälle bieten nichts Bemerkenswerthes.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

138) **J. F. Leech. Tracheotomie. (Tracheotomy.)** *Indiana Medical Journal. Mai 1894.*

L. giebt ein paar Krankengeschichten, aus denen etwas Bemerkenswerthes nicht anzuführen ist. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

139) **Jon Frost** (Norwegen). **Zu seltene Tracheotomie. (For själden Trakeotomi.)** *Medic. Revue. 1893. S. 133.*

Verf. empfiehlt bei Diphtherie und fibrinöser Bronchitis häufiger die Tracheotomie zu machen. SCHMIEGELOW.

140) **Simonis. Tracheotomie und Nachbehandlung. (Trachéotomie et soins consécutifs.)** *Ann. de la soc. méd. chir. d. Liège. No. 11. 1894.*

A. hat von 13 Tracheotomien, z. Th. in extremis operirten, 5 Heilungen erzielt; er führt die Fälle an und theilt seine Erfahrungen mit mit näherem Eingehen auf die Nachbehandlung. BAYER.

141) **E. Charon. Ueber Croupbehandlung und Tracheotomie. (Du traitement du croup; de la trachéotomie.)** *La Clinique. 1. März 1894.*

Von 14 wegen Croup seit 1. October 1893 tracheotomirten Kranken heilten 8. Ch. operirt, sobald Einziehung der Magengrube, also Apnoë [? Red.] vorhanden ist, und zwar unter Narcose. BAYER.

142) **Ch. Gevaert. Statistik von 162 Fällen von Tracheotomie bei Croup. (Statistique de 162 cas de trachéotomie dans le croup.)** *La Flandre médic. 1. Mai 1894.*

27 pCt. von 162 Tracheotomien wurden geheilt. Von 9 Kindern mit bösartiger Diphtheritis wurde eins gerettet. 34 Kinder unter 2 Jahren wurden operirt mit 5 Heilungen. Von 6 anscheinend todten Kindern, welche trotzdem operirt wurden, kam eines mit dem Leben davon.

G. ist nicht dafür im ersten Stadium zu operiren, denn der Croup könne noch einen abortiven Verlauf nehmen. „Die Krankheit, sagt der Autor, ist um so schwerer und die Prognose um so schlimmer, je schneller die Dyspnoë ihren höchsten Grad erreicht, und so die Tracheotomie recht frühzeitig benöthigt.“

BAYER.

143) **H. Gillet** (Paris). **Vergleich der Tracheotomie und der Intubation beim Croup. (Parallèle de la trachéotomie et de l'intubation dans le croup.)** *Gaz. des hôpitaux. 5. Mai 1894.*

Der Verf. giebt eine kritische Zusammenstellung der bekannteren Statistiken über die Tracheotomie und die Intubation beim Croup. Er zählt im Ganzen 15995 Fälle von Tracheotomie mit 4816 Heilungen (30,18 pCt.) und 8299 Intubationen mit 2486 Heilungen (29,27 pCt.). Die Resultate sind also ungefähr gleich. Der Verf. bespricht die Vorzüge beider Methoden und weist nach, dass jede ihre besonderen Indicationen hat. Unter 769 Fällen von Intubation musste 136 mal secundär die Tracheotomie gemacht werden. A. CARTAZ.

144) **Semeria. Tracheotomie oder Intubation? (Tracheotomia o intubazione?)** *Boll. delle Mal. d. Or. 1894. No. 9.*

Tracheotomie, weil es nach dieser Operation möglich ist, in den Hauptbronchien etwa vorhandene Membranen direct zu entfernen, wie es in dem mitgetheilten Falle S.'s. gelungen ist. TOTI.

145) **J. O'Dwyer. Der gegenwärtige Stand der Intubation bei der Behandlung des Croup. (The present status of intubation in the treatment of croup.)** *N. Y. Med. Journal. 10. März 1894.*

Wir geben folgende Bemerkungen des Verf.'s als interessant und besonders bezeichnend wieder: „Sehr schwierig dürfte es für den unparteiischen Leser sein, durch ein sorgfältiges Studium der Literatur ein bestimmtes Urtheil über den Werth der Intubation zu gewinnen, wenn ihm eigene Erfahrung nicht zur Seite steht. So widersprechend sind die Aeusserungen der zahlreichen Autoren und

pro wie contra lassen sich für jeden Punkt ohne Mühe Namen und Statistiken auffinden, deren Gewicht dem Unerfahrenen erdrückend erscheinen muss. Und Ursache dieser Verwirrung und Meinungsverschiedenheiten ist das alte Uebel, dass man aus einer engbegrenzten Erfahrungsreihe allgemeine Schlüsse zieht, einen Fehler, den vor allen anderen die praktische Ausübung der Medicin uns zu vermeiden lehren sollte. Je schwerer eine Krankheit, um so mehr sollte man sich hüten, aus wenigen Fällen Deductionen abzuleiten, die allein auf ein grosses Beobachtungsmaterial basirt werden können, bei dem Zufall und Coincidenz nicht mehr eine so wesentliche Rolle spielen.

Die Schwierigkeiten und Gefahren der Einlegung der Tube in den Larynx oder der Entfernung derselben in der kurzen Zeit, die zur Verfügung steht, sind grosse oder kleine, je nach der Uebung des Operateurs. Wenn diese wesentliche Thatsache erst allgemeine Anerkennung gefunden haben wird, dann werden nicht mehr so viele die Intubation versuchen, denen jede Qualification dazu fehlt, sondern man wird sie denen überlassen, die sie etwas vorher eingeübt haben, sei es am Cadaver oder an einem Larynx, eventuell dem kleinerer Thiere. Durch derartige Vorübung kann man genügende Geschicklichkeit im Gebrauch der Instrumente erwerben und zum mindesten einen Theil der Zufälle vermeiden, die in der Hand des Anfängers von der Operation untrennbar sind." **LEFFERTS.**

146) **Wm. Hailes. Complicirte Kehlkopf-Intubation. (Complicated intubation of the larynx.)** *N. Y. Med. Journal. 10. Februar 1894.*

Verf. erzählt die Krankengeschichte eines Kindes, das nach schwerer Scarlatina Diphtheritis acquirirte. Gleichzeitig bestand Albuminurie. Es wurde die Intubation vorgenommen. Der Zustand des Kindes wurde ein sehr bedrohlicher; dazu trat noch ein Speichelfluss, Folge der Sublimation von Calomel. Die Tube blieb 5 Tage liegen; als sie dann auf 1 Stunde entfernt wurde, traten von neuem Erstickungssymptome auf und die Tube musste wieder eingesetzt werden, worauf sofortige Besserung eintrat. 4 Tage noch blieb die Tube liegen, dann konnte sie definitiv entfernt werden. **LEFFERTS.**

147) **P. Ferroud. Die Intubation des Kehlkopfs beim Kinde und beim Erwachsenen, ihre Indicationen und ihr therapeutischer Werth. (L'intubation du larynx chez l'enfant et chez l'adulte, ses indications, sa valeur therapeutique.)** *Thèse de Lyon. 1894.*

Ein warmes Plaidoyer zu Gunsten der Intubation, die der Verf. weit über die Tracheotomie stellt. Es wird mit grosser Sorgfalt die Technik der Intubation auseinandergesetzt, ihre Indicationen bei der Diphtherie und bei den verschiedenen Larynxstenosen, ferner ihre Zufälle und Complicationen. Das Wesentlichste der Arbeit ist eine ingeniöse Modification der O'Dwyer'schen Instrumente, welche die Einlegung und vor allem die Herausnahme der Tube leichter gestaltet und den ganzen Apparat erheblich billiger macht. **A. CARTAZ.**

c. Kehlkopf und Luftröhre.

148) **Koschier** (Wien). **Lordose der Halswirbelsäule mit Druckgeschwüren an der Ringknorpelplatte.** *Wiener klin. Wochenschrift. 1894. No. 35 u. 36.*

An 3 Fällen konnte K. diese seltene Erkrankung constatiren; 2mal konnte er die Kranken im Leben sehen und laryngoscopiren. Einmal war Schwellung der unbeweglichen Aryknorpel mit Juxtaposition der Stimmbänder zu sehen, und einmal war der Einblick in den Kehlkopf durch die Lordose der Halswirbelsäule verhindert. Im 3. Falle war keine Spiegelung vorgenommen worden. In 2 Fällen bestand Behinderung des Schlingens und Athemnoth, weshalb tracheotomirt werden musste. Das Leiden bestand bei 3 ca. 60jährigen Männern, die mit hochgradiger Kyphoscoliose der Brustwirbelsäule und consecutiver Lordose der Halswirbelsäule behaftet waren. In allen 3 Fällen wurde nach dem in Folge von Pneumonie resp. Bronchitis resp. Lungentuberculose eingetretenen Tode die Autopsie gemacht; alle 3 Kehlköpfe sind abgebildet. Da es sich um 3 verschiedene Stadien handelte, so kann K. ein Bild des Ganges der Affection geben. Es bildet sich zunächst an der stärksten Hervorwölbung der hinteren Rachenwand ein Decubitus, dann ein solcher in der hinteren Fläche der Ringknorpelplatte, der alle Schichten bis auf den Knorpel zerstört; dann kann dieser nekrotisch werden, sich abstossen und schliesslich durch eine derbe bindegewebige Masse ersetzt werden. Begleitet wird der Process von Oedem der Umgebung und gelegentlich von Stenose des Larynx. Schmerzen fehlen immer. K. konnte in der Literatur blos 4 Fälle finden, in denen Lordose der Halswirbelsäule Schling- und Athembeschwerden gemacht hatte, aber bei ihnen fand sich keine Erkrankung des Ringknorpels. CHIARI.

149) **G. W. Kemper. Einige Beobachtungen über Kehlkopffractur. (Some observations on fracture of the larynx)** *Indiana Medical Journal. November 1894.*

K. berichtet von einem Mann, der bei einer Schlägerei getödtet wurde, indem sein Gegner ihm den Larynx comprimirte. Bei der Section fand man die Schilddrüse zerquetscht und beide Hälften des Schildknorpels äusserlich gebrochen; die den Larynx auskleidende Schleimhaut war nicht mitverletzt. Ausserdem bestand eine Dislocation des Cricothyroidgelenks linkerseits und eine theilweise Zerreissung der Fasern des Musc. crico-thyroideus derselben Seite, Von 62 Fällen von Kehlkopffractur, die bekannt sind, starben 50 und 12 genasen. Die Fälle, in denen der Ringknorpel fracturirt war, endigten alle letal. [Nicht richtig! Vergl. Centralblatt I, p. 406 et seq. Red.] W. J. SWIFT (LEFFERTS).

150) **G. S. Middleton** (Glasgow). **Ein Fall von Blutspeien und Hautemphysem infolge von Fractur eines nekrotisirten Kehlkopfs. (A case of haemoptysis and surgical emphysema arising from fracture of a necrosed larynx.)** *Glasgow Med. Journal. November 1894.*

Der 70jährige Patient stiess bei einem Falle auf den Larynx. Er expectorirte

Blut und es entwickelte sich ein Emphysem am Halse, das nach Brust und Schultern zu abwärts schritt. Bei der Autopsie fand sich eine Perichondritis und Nekrose des Larynx. Der Tod war 4 Tage nach dem Fall erfolgt. Der Verf. nimmt an, dass die Kehlkopfnekrose älteren Datums war, wenn auch die Anamnese in dieser Richtung keinerlei Anhaltspunkte bietet. P. MC BRIDE.

151) **L. Crick. Transversale Halswunde die Trachea in ihrer Totalität inbegreifend. (Plaie transverse du cou intéréssant la trachée dans sa totalité. Sutur de la trachée. Guérison.)** *La Clinique. 25. Januar 1894.*

Der Titel erklärt den Inhalt. BAYER

152) **Muller, Cary, Koch. Penetrirende Halswunde bei Selbstmordversuch. (Plaie penetrante du cou par tentative de suicide.)** *Annales des maladies de l'oreille. No. 7. Juli 1894.*

Die Verff. berichten über den Fall eines 32jährigen Mannes, der sich den Hals von einem Sternocleidomastoideus bis zum anderen geöffnet hatte. Die Epiglottis war vom Larynx getrennt, dieser selbst schien intact. Der Kranke kam zur Heilung, die sich ausbildende Narbenretraction aber machte die Tracheotomie nothwendig. E. J. MOURE.

153) **J. Eliot. Fremdkörper in den oberen Luftwegen. (Foreign bodies in the upper air-passages.)** *Virginia Med. Monthly. April 1894.*

3 Krankengeschichten; nichts Bemerkenswerthes.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

154) **J. T. Wilson. Fremdkörper in den Luftwegen. (Foreign bodies in the air-passages.)** *Texas Courier-Record of Medicine. Mai 1894.*

Nichts Neues. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

155) **J. A. White. Fremdkörper in den oberen Luftwegen (Nase, Hals und Pharynx); Krankengeschichten nebst einigen praktischen Bemerkungen. (Foreign bodies in the air-passages [nose, throat and pharynx]. Some practical remarks with cases.)** *Virginia Med. Monthly. Mai 1894.*

Nichts Neues. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

156) **Th. Herlofsen** (Norwegen). **Corpus alienum laryngis.** *Medic. Revue. 1893. S. 2.*

Ein 2—3jähriges Kind bekommt beim Spielen mit einem Messinghaken diesen in den Kehlkopf. Zunehmende Dyspnoe und Collaps. Laryngotomie, Entfernung des Fremdkörpers. Heilung. SCHMIEGELOW.

157) **B. Glissan. Tracheotomie wegen Fremdkörpers im Kehlkopf. (Tracheotomy for foreign body in the larynx.)** *Brit. Med. Journ. 14. Juli 1894.*

Ein Knabe von 9 Jahren schluckte eine Nähnadel. Keine Beschwerden ausser etwas Stechen. Eine kleine Erhebung liess sich zwischen 2.—3. Trachealring fühlen.

Nach der Tracheotomie war die Dyspnoe so gross, dass man nicht sogleich

untersuchen konnte. Es wurde eine Canüle eingeführt, und nach zwei Tagen konnte die Nadel entfernt werden. ADOLPH BRONNER.

158) **Hicguet. Fremdkörper im Kehlkopf. (Des corps étrangers du larynx.)** *La Policlinique. No. 18. 1894.*

H. führt zwei Fälle von Fremdkörpern im Kehlkopf an, der eine betrifft einen Eisendraht bei einer Blumenmacherin, der andere eine 36 mm lange Nadel, welche bei einem Ladenmädchen sich oberhalb der Stimmbänder in der Längsrichtung von vorn nach hinten festgesteckt hatte. H. entfernte beide mit der Zange. An die Mittheilung schliesst er noch allgemeine Reflexionen. BAYER.

159) **A. W. de Roaldes. Ein Fall von Einklemmung eines Fremdkörpers (Goldmünze) in den Kehlkopfventrikeln. (A case of foreign body [gold coin] engaged in the ventricles of the larynx.)** *N. Y. Medical Journal. 27. October 1894.*

Vortrag, gehalten auf dem 16. Congress der American Laryngological Accociation; Referat folgt im Verhandlungsbericht. LEFFERTS

160) **E. L. Vansant. Entfernung einer Nadel aus dem Kehlkopf. (Removal of needle from the larynx.)** *Philadelphia Policlinic. 13. October 1894.*

Die Nadel wurde nach 3 tägigem Verweilen im Kehlkopf mit der Zange entfernt. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

161) **L. Przedborski. Einklemmung eines Fremdkörpers im subglottischen Kehlkopfraume. (Przypadek uwigrzigcia obcego ciata w przestrzeni podgtosniowej krtani.)** *Gazeta lekarska. No. 35. 1894.*

Es handelt sich um einen 35 jährigen Patienten, bei welchem ein Stück Knochen von 3 cm Länge und $3^1/_2$ cm Breite in den subglottischen Raum sich einklemmte, unmittelbar unter den Stimmbändern, es trat eine starke Dyspnoe ein, Krampfanfälle mit zeitweiser Bewusstlosigkeit. Der Fremdkörper wurde glücklich in toto mit der Schroetter'schen Pincette extrahirt. Der Verf. schliesst einige allgemeine Betrachtungen über die im Larynx eingeklemmten Fremdkörper an. A. v. SOKOLOWSKI.

162) **Bollinger. Erstickungstod durch einen Kirschkern.** *Münchener medicin. Wochenschr. No. 48. 1894.*

Ein 5 jähriges Mädchen, das einen Kirschkern geschluckt hatte, starb plötzlich einen Tag nach der Affaire. Bei der Section fand sich ein Kirschkern fest eingekeilt in den Anfangstheil der Trachea; offenbar war der Fremdkörper zuerst in den Bronchus gelangt und wurde dann durch einen Hustenstoss in den oberen Theil der Trachea geschleudert, wo er den Athmungsweg völlig verlegte.

SCHECH.

163) **Sennycy** (Budapest). **Ein Fremdkörper 72 Tage hindurch in der Luftröhre. Luftröhrenschnitt. Heilung.** *Arch. f. Kinderheilk. XVII. 5. 6. 1894.*

Einem 6 jährigen Mädchen war ein Holzstäbchen in die Luftröhre gerathen,

14 Tage nachher Aufnahme in das Spital. Tracheotomie. Am Tage nach der Operation laryngoskopische und tracheoskopische Untersuchung, jedoch konnte der Fremdkörper nicht gefunden worden. 8 Wochen später hatte die Kanüle schliesslich ganz herausgenommen und die Trachealwunde der Vernarbung überlassen werden können. Erst am 72. Tage wurde der Fremdkörper, der sich wahrscheinlich oberhalb der Trachealwunde festgekeilt hatte, durch einen Hustenanfall herausbefördert. SEIFERT.

164) **Ridola. Blutegel in der Trachea. (Sanguisuga in trachea.)** *Arch. it. di Laring. 1894. No. 2.*

Der Blutegel war vor 9 Tagen mit Brunnenwasser verschluckt worden. Keine Symptome von Seiten des Kehlkopfes. Nur Auswurf von Blut. Das Thier war unter den Stimmbändern auf den ersten Trachealringen laryngoskopisch leicht zu sehen. Es wurde mit der Zange gefasst und hervorgezogen. Weder das Vorhandensein des Thieres, noch die Extractionshandlungen hatten Nachtheile zur Folge. TOTI.

165) **C. Morton. Fall von Bronchiectasie verursacht durch Fremdkörper im Bronchus; Symptome einer grossen Caverne; Versuch zur Drainage; Tod unter Chloroform. (A case of bronchiectasis due to impaction of a foreign body in the bronchus; physical signs of a large cavity; attempted drainage; death under anaesthesia.)** *Lancet. 14. Juli 1894.*

Ein junges Mädchen aspirirte einen Metallknopf von 15 und 10 mm Grösse. Drei Jahre lang hustete sie ein wenig und war kurzathmig. Dann expectorirte sie grössere Mengen Eiters. Sie hatte alle Zeichen einer grossen Caverne über der rechten Lunge. Man versuchte zu drainiren; die Patientin starb aber während der Operation. Die ganze rechte Lunge war stark geschrumpft und adhärent. Der rechte Bronchus war stark dilatirt, die Lunge durchsetzt von kleinen Cavernen, welche dilatirten kleinen Bronchien entsprachen. ADOLPH BRONNER.

166) **H. A. Lediard. Ein halber Sovereign im Larynx und später im linken Bronchus. Sectionsbefund. (Lodgement of half-sovereign in the larynx and subsequently in the left bronchus. Necropsy.)** *Lancet. 13. October 1894.*

Vier Wochen nach dem Schlucken der Münze wurde dieselbe unterhalb der Stimmbänder gesehen. Die Crico-Thyroid-Membran wurde geöffnet, die Münze aber nicht gefunden. Auf der rechten Seite geringe Dämpfung über der Lunge. Drei Mal wurde versucht, mit der Durham-Trachealpincette die Münze zu finden, allein 9 Tage nach dem letzten Versuch starb der Patient an einer Haemoptoe. Die Münze wurde im linken Bronchus gefunden. ADOLPH BRONNER.

167) **G. Michelmore. Lange Retention eines Fremdkörpers in den Luftwegen. (Prolonged retention of a foreign body in the air-passages.)** *N. Y. Medical Journal. 1. September 1894. Lancet. 11. August 1894.*

Der Pat., ein Knabe von 7 Jahren, litt 9 Monate lang an Lungensymptomen, die denen vorgeschrittener Lungentuberculose sehr ähnlich waren; diese verschwanden schliesslich, nachdem der Knabe eine Substanz ausgehustet hatte, die

sich bei der Untersuchung als ein Pflaumenstein von $^3/_4$ Zoll Länge und mit spitzen Enden erwies. Dieser muss nach des Verf.'s Ansicht in die Trachea gelangt sein, ohne zu primären Symptomen Anlass zu geben. Es liess sich feststellen, dass die einzige Gelegenheit, bei der der Knabe Pflaumen gegessen hatte, 9 Monate zurücklag; damals aber war nach seiner und seiner Freunde Versicherung nichts besonderes während des Essens vorgefallen. Aus der grossen Eitermenge, die expectorirt wurde, schliesst der Verf., dass der Stein in der Trachea gelagert und dort eine umfangreiche Ulceration verursacht habe. LEFFERTS.

168) **C. E. Crommelin** (Catino N. S. W.). **Ein Fall von Fremdkörper im rechten Bronchus bei einem Kinde (A case of foreign body in right bronchus of child.)** *Australian Med. Gazette. 15. October 1894.*

Die Krankengeschichte eines 8jährigen Mädchens, dem ein Maiskorn in den rechten Bronchus gerathen war. 11 Tage nach dem Unfall wurde die Tracheotomie gemacht. Nachdem 3 Trachealringe gespalten waren, wurde beiderseits ein Seidenfaden in die Trachealwand eingelegt, mittelst deren die Luftröhre offen gehalten wurde. Durch Reizung der Trachealwand wurde heftiger Husten ausgelöst, der Fremdkörper jedoch nicht von der Stelle bewegt. Am Tage darauf wurden die Seidenfäden durch Silberdraht ersetzt und eine Sonde bis in den rechten Bronchus hinabgeführt, auch dieses ohne Erfolg. Eine Stunde später jedoch wurde das Korn durch die Trachealwunde ausgestossen. A. J. BRADY.

169) **Ferreri** (Rom). **Ueber gewisse Folgen der Tracheotomie. (Di talune conseguenze della tracheotomia.)** *Arch. ital. d'Otologia. 1894. No. 2.*

F. bespricht zuerst die Folgen des Nichtinnehaltens aller chirurgischen Maassregeln bei Ausführung und Nachbehandlung der Tracheotomie. Dann giebt er einige praktische Winke, betreffend Form, Länge und Material der Trachealcanülen bei Individuen, welche genöthigt sind, eine solche durch das ganze Leben zu tragen. TOTI.

170) **Uchermann** (Christiania). **Fall von schwierigem Decanülement nach Tracheotomie, geheilt durch Behandlung von der Trachealfistel aus. (Tilfälde af vanskeligt Dekanylement efter Tracheotomi, behandlet fra Trachealsaaret af.)** *Forhdl. i det medic. Selsk. 1893. S. 207.*

Das einjährige Mädchen wurde wegen Retropharyngealabscess tracheotomirt, und als die Canüle nicht wieder entfernt werden konnte, wurde die Stenose mittelst runder kurzer Kautschuck-Bolzen, die rechtwinklig auf einem Schaft befestigt waren, von der Trachealfistel aus dilatirt. Später hat U. die von Thost angegebenen Bolzen angewendet. Die Bolzen wurden anfangs 24 Stunden, später nur 2 Stunden täglich liegen gelassen. Das Mädchen wurde geheilt entlassen.

SCHMIEGELOW.

171) **B. Fränkel. Aphonie bedingt durch einen nach Tracheotomie zurückgebliebenen Spalt zwischen den Schildknorpelplatten und im Ringknorpel.** *Berliner klin. Wochenschr. 1894. No. 37.*

Vorstellung des Pat. in der Gesellschaft der Charité-Aerzte. Fr. erwähnte

dabei noch zweier früherer analoger Beobachtungen. Prognose bei operativer Behandlung gut. LANDGRAF.

172) **F. Helme** (Paris). **Die Frage der Intubation. (La question du tubage.)** *Méd. mod. 17. November 1894.*

Eine Beschreibung der Methode. LUC.

173) **Uchermann** (Christiania). **Intubation eines 8 Monate alten Kindes mit Pseudocroup. Heilung. (Intubation af et 8 Maaneders gammelt Barn med Pseudocroup. Helbredelse.)** *Forhdl. i det med. Selskb. 1893. S. 230.*

Die Canüle lag erst 48 Stunden im Larynx, wurde dann extrahirt; nach Verlauf von ca. 36 Stunden jedoch musste wegen Stridor wieder intubirt werden. Nach 12 Stunden Extubation — Heilung. SCHMIEGELOW

174) **A. Rosenberg. Die Intubation bei Kehlkopfstenosen.** *Deutsche medicin. Wochenschr. 1893. No. 35.*

R. berichtete im Verein für innere Medicin über 11 von ihm behandelte Fälle verschiedenster Aetiologie. LANDGRAF.

175) **O. Chiari. Ueber Intubation bei nichtdiphtheritischen Larynxstenosen.** Vortrag, geh. in der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien am 22. Juni 1894. *Wiener klinische Wochenschrift. 1894. No. 26.*

An der Hand von Literaturangaben und eigenen Beobachtungen giebt der Vortragende ein Bild von der Verwendbarkeit der Intubation und ihrer Erfolge in solchen Fällen. Er übte die Methode nur an klinischen Patienten, da üble Zufälle, wenn auch selten, das Leben der Intubirten gefährden können. Doch erzielten andere Fachleute auch bei ambulatorischer Behandlung günstige Erfolge; die Tuben (nach O'Dwyer verfertigt) blieben oft Wochen ohne Schaden liegen, ja in einzelnen Fällen viele Monate lang mit nur geringen Unterbrechungen. Der Vortragende liess in seinen Fällen die Tuben aber nur bis sechs Stunden lang liegen, theils weil die Intubirten durchaus nicht schlingen konnten, theils weil sie Schmerzen hatten oder starke entzündliche Reaction eintrat. Diese Verhältnisse wechseln aber sehr nach den behandelten Individuen, wie die Literatur zeigt.

Die seit Anfang d. J. intubirten eigenen 5 Fälle waren: 1. Unmöglichkeit des Decanulements bei einem 11monatlichen wegen Larynxödems tracheotomirten Kinde. Ursache höchst wahrscheinlich Inactivitäts-Paralyse der Glottiserweiterer. 6malige Intubation mit mehrstündigem Liegen der Tuben. Decanulement in circa 8 Tagen.

2. Acute Phlegmone des Larynx mit Perichondritis. Tube wird immer wieder ausgehustet. Tracheotomie. Nächsten Tag hochgradiges Oedem des Aditus laryngis. Pneumonie. Weitere Intubation nach vier Wochen erzeugt starke Entzündung und noch nach $2^1/_2$ Monaten muss Patient die Canüle tragen. Er lässt sich nicht mehr intubiren.

3. Stenose in Folge von tuberculöser Perichondritis, Ulceration und Juxtaposition beider Stimmbänder. Intubation kann wegen starker Schmerzen immer nur

eine bis zwei Stunden ertragen werden. Subchordale Schwellung nimmt schnell zu. Tracheotomie bessert den Allgemeinzustand sehr.

4. Stenose durch chronische subchordale Wülste; Rhinosclerom nicht nachweisbar. Tubage mit Schrötter's Röhren, die nur $^1/_4$ Stunde liegen, macht entzündliche Reizung, so dass nächtliche Suffocationsanfälle auftreten. Sechsstündige Intubation durch $2^1/_2$ Monate täglich durch sechs Stunden, da Patientin mit der Tube im Kehlkopf absolut nicht schlucken kann (oder will?). Wülste geschwunden. Da sie Wien verlassen muss, wird sie in der Einführung von Schrötter's Röhren unterrichtet, um eine Wiederkehr der Wülste zu verhindern.

5. Alte Narbenstenose des Larynx wird mit Tuben in circa 10 Tagen erweitert; da jedoch zu wenig Abstufungen der Grösse der Tuben zur Hand waren, musste wieder zur Tubage geschritten werden; es liess sich nämlich nach der grössten metallenen Tube die kleinste Hartgummitube nicht einführen. Patient, der schon vor Jahren sich selbst tubagirt hatte, lernt es schnell wieder und wird mit Schrötter's Rohr entlassen.

Schlüsse aus diesen Fällen und der Literatur:

Intubation ist bei Behinderung des Decanulements durch Granulationen, Inactivitäts-Paralyse der Erweiterer oder Krampf der Schliesser namentlich bei kleinen Kindern fast unentbehrlich. Bei oft recidivirendem Papillom der Kinder, wenn endolaryngeale Operationen unmöglich sind, ist sie sehr nützlich.

Bei Fremdkörpern, Fracturen und Trachealcompression selten anwendbar, bei hysterischem Glottiskrampf zu empfehlen, bei Posticus-Paralyse von fraglichem Nutzen.

Bei acuten entzündlichen Stenosen, in Folge von Katarrh, Phlegmone, Perichondritis (namentlich bei Lues) wurde schon in 20 Fällen (ungefähr) die Tracheotomie umgangen. Das gelingt aber nicht immer. Jedenfalls ist die Intubation aber immer geeignet, für kürzere Zeit die Tracheotomie zu ersetzen.

Die Tubage weist ähnliche Erfolge auf, aber wird nie so lange vertragen wie die Intubation. Daher ist in solchen Fällen die Intubation überlegen.

Stenose in Folge tuberculöser Processe eignet sich gewöhnlich mehr für Tracheotomie. Chronische, nicht entzündliche Stenosen, in Folge subglottischer Infiltrate oder Narben eignen sich für Tubage oder Intubation am besten; nur wirkt die Intubation meist schneller. Zur Erhaltung der Erweiterung ist aber nachträglich meist noch Selbstdilatation nöthig; und dazu eignet sich die Tubage viel besser als die Intubation, weil sie leichter erlernt wird.

Die Tubage ist überhaupt leichter als die Intubation.

Zur Entfernung der Canüle nach Erweiterung einer Narbenstenose scheint die Intubation wirksamer zu sein. Neben der Intubation sind aber bei Narbenstenosen häufig andere Operationen nöthig, wie dies auch von der Bolzenbehandlung und Tubage nach Schrötter bekannt ist.

Es ist daher die Intubation auch bei den nichtdiphtheritischen Larynxstenosen sehr werthvoll, wird aber weder die Tracheotomie noch die älteren Dilatationsmethoden verdrängen. Nur genaue Individualisirung jedes Falles wird lehren, ob man intubiren, tubagiren, tracheotomiren soll oder andere endo- oder extralaryn-

geale Operationen vorzunehmen hat. Oft wird man mehrere Methoden combiniren müssen. Autoreferat.

176) **De Rossi** (Rom). **Neue Methode zur Einführung der Schrötter'schen Bolzen in Fällen von schwieriger Passage durch den Larynx. (Nuovo metodo d'introduzione dei cilindri di Schrötter in casi di difficile passaggio nella laringe.)** *Arch. it. d'Otologia. 1894. No. 2.*

Es handelt sich um einen Kunstgriff, der schon im Jahre 1881 von Heryng mit folgenden Worten auf dem Internat. Lond. Congress beschrieben wurde: „quand l'introduction des boguettes de Schrötter présente des grandes difficultés, on peut avoir recours à une fine sonde de Bellocq de très peu d'épaisseur, que l'on introduit jusqu'à la bouche par l'ouverture trachéotomique, et par le larynx rétréci. Ici on attache la boguette au bouton, qui termine la sonde, à l'aide d'un fil de soie . . . .“ etc.

Ganz dasselbe ist es, was De-Rossi jetzt als neue Methode empfiehlt.

TOTI.

f. Schilddrüse.

177) **Oskar A. Andersson. Zur Kenntniss der Morphologie der Schilddrüse.** (Aus der histologischen Anstalt des Karolinischen Instituts in Stockholm.) *Arch. f. Anatomie u. Physiol. 1894. Heft III.*

Die Untersuchungen erstrecken sich auf die I. Nerven und Nervenendigungen, die ausgebildete und unentwickelte Schilddrüse, II. Drüsenepithel und Secretion — Inhalt und Wandung der Follikel, Secretionserscheinungen — Entstehung und Neubildung der Follikel — über Vorkommen von Flimmerepithel — und bringen so viel Einzelheiten, dass sie in einem kurzen Referat nicht wiedergegeben werden können.

A. ROSENBERG.

178) **O. B. Physiologie der Schilddrüse. (Physiologie du corps thyroïde.)** *La Presse méd. Belge. No. 27. 1894.*

Leitartikel. „Die Schilddrüse ist eine innere Secretionsdrüse, welche die Function hat, Convulsionen-erregende im Organismus hervorgebrachte Toxine zu zerstören.“ Aufzählung der verschiedenen durch das Experiment gewonnenen Resultate, welche obige Hypothese begründen.

Zum Schluss Resumé der Debatte über die Thyroidtherapie auf dem letzten amerikanischen Aerzte- und Chirurgencongress.

BAYER.

179) **K. Hürthle** (Breslau). **Beiträge zur Kenntniss des Secretionsvorganges in der Schilddrüse.** *Pflüger's Arch. 1894. LVI. 1.*

Die Untersuchungen H.'s sind am Hunde vorgenommen und suchen folgende Fragen zu lösen:

I. Lassen sich an den Epithelzellen, den Drüsenblasen Veränderungen nach-

weisen, welche für eine secretorische Thätigkeit dieser Zellen sprechen, und ist der Inhalt der Blasen ein Secret des Wandepithels?

1. Der Colloidinhalt der Follikel wird vom Protoplasma der Epithelzellen erzeugt; denn
   a) unter gewissen Bedingungen tritt im Protoplasma der Epithelzelle eine Substanz in Tropfenform auf, welche mit dem Colloidinhalt der Follikel identisch ist.
   b) am Follikelepithel lässt sich eine Reihe von Veränderungen nachweisen, welche mit Aenderungen des Follikelinhalts verbunden sind, und zwar haben die Zellen und der Inhalt bei der Aenderung das gemeinschaftlich, dass beide dichter werden und sich stärker färben.
   c) die Art der Entstehung der Follikel.
2. Die Secretionsfähigkeit der Schilddrüse äussert sich in zweierlei Form:
   a) als reine Colloidbildung mit Erhaltung des Epithels.
   b) als Schmelzung des Epithels mit Uebergang der Zelltrümmer in den Follikelinhalt.
3. Die Drüse kann künstlich zu gesteigerter Thätigkeit gereizt werden und zwar durch
   a) die normalen Reize nach Entfernung des grössten Theils der Drüse; sie regen dann den Rest zu gesteigerter Thätigkeit an.
   b) den Uebertritt von Galle ins Blut.

II. Welches sind die Wege, auf denen die Producte der Thätigkeit der Drüse in den Körper gelangen?

Der Inhalt der Follikel entleert sich in die interfollikulären Lymphräume; und für die reine Colloidsecretion werden die Abschlusswege durch Intercellulargänge gebildet, die nach Bedürfniss entstehen; bei der Schmelzung des Epithels wird der Weg nach dem Lymphraume durch Ruptur der Follikelwand eröffnet.

III. Wie entstehen und wachsen die Drüsenblasen?

Die Entstehung geht entweder von protoplasmareichen Zellen aus, oder diese Zellen finden sich wenigstens in der Umgebung. Wo zwei oder mehr Zellen zusammenstossen, treten homogene Grenzlinien auf, die die Farbe der Colloidsubstanz zeigen. Um diese Grenzlinien sammelt sich dann homogene Substanz von derselben Farbe an, die jene noch eine Zeit lang als dunklere Linien durchscheinen lässt. Die homogene Substanz ist anfangs nur innerhalb, später mehr ausserhalb der Grenzlinien, d. h. der Zellen zu finden, bis letztere einen kleinen mit homogener Substanz angefüllten Hohlraum einschliessen, der Colloidreaction giebt. So ist der Follikel fertig. Beim normalen Wachsthum treten an der Aussenseite der Follikelwand protoplasmareiche Zellen auf, die sich zwischen die der Follikelwand einschieben und dadurch das Wachsthum besorgen. **A. Rosenberg.**

180) **Godart. Untersuchungen über die progressive Transplantation der Schilddrüse beim Hunde. (Recherches sur la transplantation progressive de la glande thyroïde chez le chien.)** *Journal de Méd., de Chir. et de Pharmacol. No. 4. 1894.*

Thierexperimente. G. kommt zu dem Resultat, dass der Organismus es der

Erhaltung der Cellularthätigkeit der Schilddrüse im Körper verdanke, wenn er den Gefahren des Myxoedems und der Cachexie entrinne; denn anders als durch die Erhaltung dieses Organes liesse es sich nicht erklären, wenn die progressive Transplantation derselben genügt, um den Organismus vor jenen Gefahren zu schützen.
BAYER.

181) **P. Simon** (Nancy). **Schneller Tod durch primäre Blutung der Schilddrüse. (Mort rapide par hémorrhagie primitive du corps thyroïde.)** *Revue méd. de l'Est. No. 3. 1894. Méd. mod. 23. Juni 1894.*

Bei einem Streit erhielt ein junger Mann einen Faustschlag gegen den Hals. Er starb einige Stunden nachher. Es fand sich keinerlei äussere Verletzung. Die Section ergab eine blutige Infiltration der Halsmuskeln ohne Zerreissung von Gefässen; die Blutung entstammte der Schilddrüse.
A. CARTAZ.

182) **Guhl** (Steckborn). **Plötzlicher Erstickungstod durch Blutung in einem alten Cystenkropf.** *Corr.-Bl. f. Schweizer Aerzte. H. 15. Basel. 1894.*

Die Tracheotomie konnte in Folge der Plötzlichkeit und der übrigen Umstände des Falles nicht ausgeführt werden. Die Obduction ergab Cystenkropf, die Trachea umlagernd. Mehrere Cysten prall mit Blut gefüllt. Säbelscheidenförmige Trachea von früher her.
JONQUIÈRE.

183) **Dalziel** (Glasgow). **Präparate eines operativ entfernten cystischen Adenoms der Schilddrüse. (Specimen of cystic adenoma of the thyroid removed by operation.)** *Glasgow Med. Journal. März 1894.*

Demonstration der Geschwulst. Es wurde angegeben, dass die Stimme verloren war und nach der Operation sich wiedereingestellt hat; Einzelheiten über den laryngoskopischen Befund fehlen aber.
P. MC BRIDE.

184) **Henry Morris** (London). **Ein Fall von Krebs der Schilddrüse mit Sectionsbefund. (A case of cancer of the thyroid gland: death: necropsy.)** *Lancet. 10. Februar 1894.*

M. giebt die Krankengeschichte des Falles, der in etwa 3 Monaten zum Exitus kam. Die Hauptsymptome desselben waren eine sehr starke und schnelle Anschwellung des rechten Lappens der Schilddrüse, ferner Cyanose, Oedem und Dyspnoe gewesen; gleichzeitig hatten starke Schmerzen bestanden und der Patient kam sehr herunter. Die schweren Anfälle von Athemnoth waren wahrscheinlich durch Druck auf die Nerven entstanden; in einem derselben starb der Pat. An die Krankengeschichte schliesst sich der Sectionsbericht an.
MACKENZIE JOHNSTON.

185) **P. Marie. Ueber die Natur der Basedow'schen Krankheit. (Nature of exophthalmic goitre.)** *N. Y. Med. Record. 31. März 1894.*

Nach den Erscheinungen, die er bei der Anwendung von Schilddrüse zur Behandlung des Myxoedems beobachtet hat, vermag sich Verf. der von Gauthier und Möbius aufgestellten Hypothese, dass die Schilddrüse die directe Ursache der Basedow'schen Krankheit ist, nicht anzuschliessen. Er ist der Ansicht, dass

wohl einige der pathognomonischen Symptome dieser Krankheit durch eine Functionsstörung der Schilddrüse bedingt sein können, dass man aber den eigentlichen Ursprung des Leidens nicht in der Thyreoidea suchen dürfe. Er gründet diesen Schluss darauf, dass 1. in keinem Falle von Myxoedem, der mit Schilddrüse behandelt wurde, Exophthalmus oder das Graefe'sche Symptom constatirt wurde; 2. die Theorie von dem Schilddrüsenursprung der Basedow'schen Krankheit nicht mit unseren sonstigen Kenntnissen von der Aetiologie dieser Krankheit im Einklang steht.

Den plötzlichen Eintritt der Basedow'schen Symptome, wie er häufig nach Schrecken u. dergl. beobachtet wird, kann man nicht gut anders erklären als durch eine Intervention des Nervensystems, insbesondere des sympathischen. Aus der nervösen Störung erst resultirt die Hyperactivität der Schilddrüse, die zur Hyperthyroidation des Organismus führt und deren Folge die Symptome sind, welche die Thyroidverfütterung und die Basedow'sche Krankheit mit einander gemein haben.

Was die Therapie anlangt, so ist Verf. mehr für die operative, als die medicamentöse. Die Resultate der Thyroidectomie stehen für ihn ausser Frage. Auch der neuerdings von Poncet unter dem Namen der Esothyropexie beschriebenen Methode bringt er Sympathie entgegen. **LEFFERTS.**

186) **J. Arthur Booth. Die Schilddrüsen-Theorie der Basedow'schen Krankheit. Zwei Fälle derselben, die mittelst Thyroidectomie behandelt wurden. (The thyroid theory in Graves' disease. Two cases treated by thyroidectomy.)** *N. Y. Med. Record. 16. Juni 1894.*

Verf. kommt zu folgenden Schlüssen: 1. Es ist in keiner Weise ausgemacht, dass eine excessive Secretion der Schilddrüse der einzige oder der wesentliche Factor der Basedow'schen Krankheit ist, da jedoch die mikroskopische Untersuchung eine enorme Hyperplasie des secernirenden Gewebes ergeben hat, ist die Annahme sicherlich berechtigt, dass dieser Process die Secretion ihrer Quantität wie ihrer Qualität nach in eingreifender Weise beeinflusst. 2. Wenn die Veränderung des Gewebes, nicht bloss der Umfang der Drüse das Zeichen der Erkrankung ist, dann kann die Thyroidectomie selbst in den Fällen in Frage kommen, in denen nur eine geringe oder gar keine Vergrösserung der Thyreoidea vorliegt. 3. Es können Fälle von Morbus Basedowii durch die Thyroidectomie völlig geheilt werden. Wie dies zu Stande kommt, ist noch nicht ganz klar; 3 Wege sind möglich, nämlich eine Herabsetzung der functionellen Thätigkeit der Drüsensubstanz, zweitens eine Besserung des auf den Sympathicus ausgeübten Reizes und schliesslich die Beseitigung des Druckes. **LEFFERTS.**

187) **James K. Crook. Klinische Vorlesung über den Morbus Basedowii s. Gravesi. (A clinical lecture on exophthalmic goitre, Graves's or Basedow's disease.)** *N. Y. Med. Journal. 7. April 1894.*

Nichts Neues. **LEFFERTS.**

188) **J. Craig** (Dublin). **Ein ungewöhnlicher Fall von Basedow'scher Krankheit. (An unusual case of Graves' disease.)** *Dublin Journal of Med. Science. Juni 1894.*

Das ungewöhnliche Symptom des Falles war eine tiefe Ulceration an der Cornea, die zuerst und hauptsächlich am unteren Theile beider Augen eintrat und die Sehfähigkeit vernichtete. P. MC BRIDE.

189) **Debove** (Paris). **Basedow'sche Krankheit. (Goitre exophthalmique.)** *Ann. de médecine. 20. Juni 1894.*

Eine klinische Vorlesung; nichts Neues. A. CARTAZ.

190) **A. Maude. Periphere Neuritis bei Basedow'scher Krankheit. (Peripheral neuritis in exophthalmic goitre.)** *Brain. LXVI. 1894.*

Folgende nervöse Störungen sollen vorkommen:

1. Spasmus der Extremitäten.
2. Hyperaesthesie.
3. Symmetrische Parese der Beine.
4. Patellarreflex, schwach oder ganz aufgehoben.
5. Paraesthesie der peripheren Beinnerven.
6. Umschriebene Oedeme.

ADOLPH BRONNER.

191) **Vandervelde u. Le Boeuf. Der Kropf bei der Basedow'schen Krankheit. (Le goitre dans la maladie de Basedow.)** *Journal de Méd., de Chir. et de Pharmacol. No. 9. 1894.*

An der Hand von 4 Fällen, deren histologischer Befund im Detail angeführt wird, kommen die Autoren zu folgenden Schlüssen: 1. Beweisen ihnen die 3 ersten Fälle, von denen kein einziger ein „einfacher" Kropf ist und die jedenfalls alle die Annahme einer Hypersecretion der Drüse ausschliessen lassen, dass die Hypothese Johnston's, nach welcher dieses Syndrom der Basedow'schen Krankheit auf eine functionell gesteigerte Thätigkeit der Schilddrüse zurückzuführen wäre, verworfen werden muss. 2. Von den 4 Geschwülsten repräsentirt jede einen anderen der Kropftypen. Es giebt daher keine pathognomonische Alteration der Schilddrüse bei der Basedow'schen Krankheit. Da nun die angeführten Tumoren anatomisch ganz gleichbedeutend sind mit den anderen Kropfgeschwülsten, wie kommt es, dass bei den letzteren nicht auch die anderen Symptome der Basedow'schen Krankheit auftreten? Dieses Argument, sowie andere klinische und experimentelle Erwägungen sprechen zu Gunsten eines centralen Ursprungs dieser Krankheit.

Die Autoren haben bei dreien dieser Kranken noch das Centralnervensystem untersucht, ohne zu einem präcisen Resultat zu gelangen; bei dem 4. fanden sie kleine frische Herde von Capillarhämorrhagien im Niveau des Bodens des 4. Ventrikels. BAYER.

192) **Cauter. Myxoedem und Morbus Basedowii. (Myxoedème et goître exophthalmique.)** *Annales de la Société Méd. Chir. de Liège. 1. 1894. Philad. Med. News. 7. Juli 1894.*

C. giebt zuerst die Beschreibung des Myxoedems und führt dann einen Fall an, welchen er durch Einverleibung roher Hammelschilddrüsen zum Verschwinden gebracht hat; daran schliessend bespricht er die Therapie mit Injection und Ingestion von Schilddrüsensaft.

Die Struma exophth. komme wahrscheinlich durch Intoxication gastrointestinalen Ursprungs zu Stande. Dieses Toxin wirke direct oder indirect auf die Secretion der Schilddrüse. Zuerst werde die Secretion vermehrt und wie jedes Organ, so atrophire auch die Schilddrüse bei pathologisch gesteigerter Thätigkeit in ihren essentiellen Elementen, so dass sie weniger und ein in seiner Zusammensetzung alterirtes Product secernire. — Zum Belag dieser Sätze führt er verschiedene Fälle an.

BAYER.

193) **Cauter. Demonstration eines Falles von Myxoedem geheilt durch Ingestion frischer Hammelschilddrüsen. (Démonstration d'un cas de myxoedème guéri par l'ingestion de glandes thyroïdes fraiches du mouton.)** *Annales de la Société Med. Chir. de Liège. 2. 1894.*

Vorstellung des Falles, von welchem in der vorhergehenden Nummer die Rede war.

BAYER.

194) **T. W. Corbin** (Adelaide S, Australia). **Myxoedem. (On myxoedema.)** *Australian Med. Gazette. 15. Mai 1894.*

Krankengeschichte zweier ausgeprägter Fälle, in denen nach Verfütterung roher Schilddrüse erhebliche Besserung eintrat. Anfangs erhielten die Patienten täglich eine ganze Schafsschilddrüse; nachdem die volle Wirkung eingetreten, konnte der Effekt durch Verabfolgung von je 3 Schilddrüsen in 14 Tagen aufrecht erhalten werden.

A. T. BRADY.

195) **Jos. C. Verco** (Adelaide S. Australia). **Myxoedem. (Myxoedema.)** *Austral. Med. Gazette. 15. Mai 1894.*

V. spricht in seiner interessanten Arbeit von dem hohen Werth der Thyroid-Tabloids (B u r r o u g h s, W e l c o m e u. Cie.). Er empfiehlt als Dosirung 1 Tabloid täglich in der ersten Woche, 2 in der zweiten, 3 in der dritten, 4 in der vierten Woche täglich. Nach dem Schwinden aller Symptome reducirt man die Dosis auf 2 Tabletts täglich. Die Behandlung muss zur Verhütung eines Recidivs dauernd fortgesetzt werden. V. spricht von der Heilung in seinen Fällen als einer vollständigen. Bemerkenswerth ist der rapide Gewichtsverlust in diesen Fällen unter dem Einfluss der Behandlung, der eine Pat. verlor 20 Pfd. in 23 Tagen, ein zweiter 29 Pfd. in 38 Tagen.

A. T. BRADY.

196) **Alfred Austin Lendon** (Adelaide S. Australia). **Myxoedem und sporadischer Cretinismus. (Myxoedema and sporadic cretinism.)** *Australian Med. Gazette. 15. Mai 1894.*

Bericht über 10 Fälle, die zuerst mit Injectionen von Schilddrüsenextract und

später mittelst Schilddrüsenverfütterung behandelt wurden; von diesen starben 3 aus Ursachen, die nichts mit der Krankheit oder deren Behandlung zu thun hatten, Uterusblutung, Bronchitis und eingeklemmten Gallenstein. Der Rest zeigte erhebliche Besserung. A. T. BRADY.

197) **G. W. Crary** (New York). **Myxoedem, erworben und congenital, und der Gebrauch von Schilddrüsenextract. (Myxoedema, acquired and congenital. and the use of the thyroid extract.)** *American Journal of Medical Scienc. Mai 1894.*

Eine sehr eingehende klinische Besprechung der Krankheit und ihrer Behandlung, illustrirt durch Krankengeschichten. P. MC. BRIDE.

198) **J. C. Smith. Ein Fall von Myxoedem behandelt mit Subcutaninjectionen und Verfütterung von Schilddrüse. (Case of myxoedema treated by subcutaneous injections and feeding with the thyroid gland.)** *American Medico-Surgical Bulletin. 1. Juni 1894.*

Die Patientin, eine Frau von 46 Jahren, schien gänzlich geheilt; beim Aussetzen des Mittels trat jedoch sofort Recidiv ein. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

199) **Samuel Ayres. Myxoedem behandelt mit Schafsschilddrüse. (Myxoedema treated with sheep's thyroid.)** *N. Y. Med.. Record. 16. Juni 1894.*

Im Anfang sollen kleine Dosen verabreicht werden, 0,06 bis 0,18 des getrockneten Pulvers in Kapseln oder Tablettform 1 oder 2mal täglich; allmälig steigt man, wenn erforderlich, bis 0,3 g 3mal täglich. Grosse Dosen gleich im Beginne der Behandlung haben schon oft gefährliche Symptome herbeigeführt.

Nach den günstigen Resultaten der Thyroid-Therapie bei manchen Hautkrankheiten, bei Fettsucht und in einem Falle von Melancholie hält Verf. das Wirkungsgebiet dieser Therapie für noch nicht abgegrenzt. Er empfiehlt sorgfältige Versuche mit der Methode zu machen in ausgewählten Fällen von acuter Demenz, Manie, Melancholie, Epilepsie, Chorea, Tetanus, Anästhesie und beim Erysipel.

LEFFERTS.

g. Oesophagus.

200) **Alois Kreidl** (Wien). **Die Wurzelfasern der motorischen Nerven des Oesophagus.** *Pflüger's Arch. 1894. LIX. 1.*

K.'s Versuche am Kaninchen zeigen, dass jene im oberen Wurzelbündel — Glossopharyngeus— verlaufen. Ausserdem gehen durch dasselbe die Fasern zum M. cricothyreoid., zur hinteren Rachenwand und die Hering-Breuer'schen Fasern zur Lunge, d. h. das obere Bündel innervirt motorisch jene Muskeln, welche an dem der Willkür entzogenen Theil des Schluckacts mitwirken.

A. ROSENBERG.

201) **Kulneff** (Schweden). **Ein Fall von Lebercirrhose und Blutung aus den erweiterten submucösen Oesophagus-Venen. (Fall af lefvercirros och Blödning genom utvidgade submukösa oesophagus-vener.)** *Eira. 15. August 1894.*

Die klinisch gestellte Diagnose wurde bei der Section bestätigt. Ueber der Cardia war der Oesophagus überall mit longitudinalen bedeutend erweiterten Varicen besetzt.

SCHMIEGELOW.

202) **Wolfensberger** (St. Gallen). **Ueber ein Rhabdomyom der Speiseröhre.** *Ziegler's Beitr. z. pathol. Anat. XV. 2. 1894.*

Der bei einem 75jährigen Manne gefundene Tumor stellte sich auf Grund seines anatomischen Verhaltens als aus der Mucosa des unteren Theiles des Oesophagus hervorgegangen dar. Der Zusammensetzung nach bestand der Tumor aus einem Gewebe von der Dignität der quergestreiften Muskulatur in embryonalem Zustande und in verschiedenen Stufen der Ausbildung. Weiterhin hatte sich frühzeitig eine Lymphdrüsenmetastase an der Cardia gebildet mit Umgehung der näher gelegenen aber anthrakotischen Drüsen des Mediastinums.

In klinischer Hinsicht wäre als interessant hervorzuheben, dass Dysphagie bestand, obschon die dickste Olivensonde leicht durchging. Es wird dieses Paradoxon durch die Form des Tumors, von dem eine gute Abbildung vorliegt, erklärt.

SEIFERT.

203) **R. D. Pinnock** (Ballarat, Victoria). **Spasmodische Contraction des Oesophagus nach der Loreta'schen Operation gebessert durch Dilatation. (Spasmodic contraction of the oesophagus after Loreta's operation relieved by operation.)** *Intercolonial Quarterly Journal of Medicine and Surgery. August 1894.*

Die Operation war unternommen worden wegen einer fast undurchgängigen Strictur am Pylorustheil des Magens; der Patient schien vollkommen genesen. Drei Monate später aber klagte er, dass ihm die Nahrung halbwegs vor dem Magen stehen bleibe; dann träten Schmerzen ein, die erst mit Erbrechen endeten. Verf. führte Sonden von No. 18 bis 24 ohne Schwierigkeiten ein. Es ist dies jetzt 9 Monate her und Verf. hat den Pat. seither nicht wiedergesehen; er schliesst daraus, dass die Strictur eine spasmodische war, verursacht vielleicht durch eine Störung, die der Vagus bei der Operation erlitten haben könne.

A. T. BRADY.

204) **A. Berrill. Ein Fall von maligner Oesophagusstrictur behandelt mittelst Intubation. (Notes on a case of malignant stricture of the oesophagus treated by intubation.)** *Lancet. 9. Juni 1894.*

Die Strictur sass 8 Zoll hinter den Zähnen. Symond's kurze (No. 10) Röhre wurde eingeführt und alle 10—14 Tage gewechselt. Nach 3 Monaten wurde die Röhre weggelassen und eine No. 17 Urethral-Bougie täglich eingeführt. Nach einigen Tagen mussten wieder Symond's Röhren eingeführt werden. Sie wurden alle 3—6 Tage erneuert und an manchen Tagen konnte Patient von selber schlucken. Patient starb nach einem Jahre an Erschöpfung.

ADOLPH BRONNER.

205) **Debersacques** (Gent). **Oesophaguskrebs; Gastrotomie; Tod. (Cancer de l'oesophage; Gastrotomie; Mort.)** Société Belge de Chir. Séance du 30. Dec. 1893. — *La Presse méd. Belge. No. 2. 1894.*

Tod fünf Tage nach der Gastrotomie in Folge der Kachexie. D. zeigt die anatomisch-pathologischen Präparate vor. **BAYER.**

206) **Ullmann** (Wien). **Demonstration eines Falles von Gastrotomie wegen Carcinom des Oesophagus.** Gesellschaft der Aerzte in Wien am 9. März 1894. — *Wiener klin. Wochenschr. 1894. No. 11.*

U. dreht den vorgezogenen Magenzipfel vor der Anheftung. Dadurch erreicht er Continenz der Fistel. **CHIARI.**

III. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) Section für Halskrankheiten etc. des V. Congresses russischer Aerzte.

Petersburg, den 2./14. Januar 1894.

Vorsitzender: Prof. Simanowski.

Laman: Die Katalyse als selbstständige Behandlungsmethode.

L. bespricht die bestehenden Ansichten über die gegenseitigen Beziehungen der Electrolyse und der Katalyse. 1. Wird die Electrolyse allein anerkannt. 2. Die Katalyse wird zum Theil zugegeben, um einige Nebenerscheinungen während der Electrolyse zu erklären, und 3. wird die Katalyse als eine ganz selbstständige Behandlungsmethode erklärt. Man kann die Katalyse allein ohne electrolytische Nebenerscheinungen anwenden, und ferner verfolgt man mit der Katalyse ganz andere Zwecke, d. h. nicht eine Zerstörung, sondern bloss eine Veränderung in den Ernährungsverhältnissen des Gewebes. Dieses erzielt man durch die Dichtigkeit des Stromes und durch die Lage und Form der Electroden. Zum Beweise der katalytischen Wirkung führt Laman 2 Krankengeschichten mit Verengerung der Trachea an; in einem Falle in Folge einer doppelseitigen Struma, im 2. wegen einer abgelaufenen Entzündung des Ringknorpels. Im ersten Falle wurde durch die Katalyse bedeutende Besserung, im zweiten vollständige Durchgängigkeit der Trachea erzielt.

Discussion:

Kupidonow: Bei der Anwendung der Katalyse war im zweiten Falle entschieden eine electrolytische Wirkung vorhanden, da an der Electrode Schaumentwickelung beobachtet wurde; es war also auch zu einer oberflächlichen Verschorfung des Gewebes gekommen.

Laman: Der Strom (8—10 M. A.) war entschieden zu schwach und die Se-

ancen zu selten (einmal wöchentlich), um eine tiefere Verschorfung zu gestatten. Ferner wurde die Besserung nicht blos an der Applicationsstelle der Electrode, sondern auch an anderen Stellen beobachtet.

Gordon: Ist nicht wieder ein Recidiv eingetreten? Könnte die Katalyse nicht auch bei gutartigen Neubildungen befriedigende Resultate geben?

Spengler: Welcher Art war die Stenose; könnte nicht auch eine selbstständige Resorption angenommen werden?

Laman: Pat. steht ein Jahr unter Beobachtung, ein Recidiv ist nicht eingetreten. Die Stenose war 5 Monate alt, und man hatte dem Pat. d. Laryngofissur proponirt.

M. Ankindinow: Empyem und Caries der Keilbeinhöhle.

Nach einer kurzen anatomischen Einleitung bespricht Vortragender die Ursachen der Keinbeinhöhlen-Eiterung. In den 6 von ihm beobachteten Fällen war 2 mal Influenza vorausgegangen; 4 Pat. hatten in der Kindheit an Scrophulose gelitten, 2 davon waren luetisch inficirt worden, zeigten aber während der Keilbeinhöhlen-Erkrankung keine Symptome von Lues. Nur in 2 Fällen war blos die Keilbeinhöhle erkrankt, 3 mal waren die Siebbeinzellen und die Stirnhöhle miterkrankt. Bei Eiterretentionen klagen solche Pat. häufig über Schmerzen in der Scheitelgegend, oder die Schmerzen localisiren sich in der Tiefe des Kopfes. Hat der Eiter freien Abfluss, so können die Schmerzen auch fehlen. Das 2. Symptom, worüber die Pat. klagen, ist die Eiterabsonderung im Rachen resp. Nasenrachenraum. Mitunter wird der Schnupfen geleugnet. Bei der Rhinoscop. post. sieht man an den hinteren Enden der oberen und mittleren Muschel und am Gewölbe des Nasenrachenraumes Ansammlungen von grünlich-gelbem Eiter. Dieser Eiter ist häufig sehr übelriechend. Ist die Eiterung stark, so sieht man den Eiter auch bei der Rhinosc. ant. zwischen der mittleren Muschel und dem Septum.

Das einzige untrügliche Symptom dieser Krankheit besteht aber in der Untersuchung mit der Sonde, mit der man aus der Keilbeinhöhle Eiter entfernen oder in derselben einen rauhen Knochen nachweisen kann.

Die Behandlung besteht in Schaffung eines freien Ausflusses für den Eiter und falls Caries vorliegt, Entfernung des cariösen Knochentheils. Letzteres geschieht am besten mit dem scharfen Löffel. Die Schmerzen sind trotz Cocain mitunter bedeutend und halten 1–3 Tage an. Solcher Ausschabungen bedurfte Vortragender 2–3 für jede Höhle und in der Zwischenzeit wurde die Höhle mit Lapislösung (1 : 8 — 1 : 4) ausgeätzt. Im Ganzen dauerte die Behandlung von 1 bis 4 Monate, in complicirten Fällen noch länger.

A. Draispul: Behandlung der Septumdeviation mit Electrolyse.

In Fällen, wo die Verbiegung nicht gross ist, bediente sich Vortragender der unipolaren (Kathode), während bei grösseren, besonders breit aufsitzenden, Deviationen die bipolare Electrolyse vorgezogen wurde. Die Stromstärke schwankte zwischen 5 und 15 M.-A. Jede Sitzung dauerte 10—15 Minuten. Meist genügte eine Sitzung; nur in seltenen Fällen bedurfte er zweier Sitzungen. Bis auf sehr wenige Ausnahmen wurde die Operation sehr gut vertragen.

J. Trusewitsch: Die Stomatitis aphthosa als Folge einer Autoinfection durch Säuren.

Vortragender hat eine Anzahl Pat. beobachtet, bei denen sich eine Wechselbeziehung zwischen der Stomatitis aphthosa und der Erkrankung der Magenschleimhaut herausstellte. Meist nach stärkeren Mahlzeiten oder Diätfehlern traten Aphthen auf der Mundschleimhaut auf, ohne dass eine andere Ursache angegeben werden konnte. Alkalien in grossen Dosen innerlich genommen bewirkten schnelle Heilung, während sonst die Krankheit gegen 2 Wochen dauerte. Vortrag. glaubt als Ursache der Stom. aphth. eine Hyperacidität des Magensaftes in Folge der Dyspepsie annehmen zu müssen. Die Hyperacidität kann auch zu verschiedenen Gährungsprocessen führen, besonders wenn noch eine Atonie der Magenwand vorliegt. Sobald sich die ersten Anzeichen der Stomatitis einstellen, lässt T. seine Pat. Soda einnehmen, und zwar $^1/_4$—$^1/_2$ Theelöffel 2 mal täglich. Das eine Mal 3—4 Stunden nach der Hauptmahlzeit, das 2. mal am Morgen. Zugleich müssen alle sauren Speisen vermieden werden. Zur Vermeidung von Recidiven ist besonders strenge Diät nöthig.

In der sich anschliessenden Discussion wurde hervorgehoben, dass T. wohl eine Hyperacidität angenommen hat, dieselbe aber nicht durch Untersuchung des Magensaftes nachgewiesen habe. Lunin.

---

b) Aus den Sitzungen der otologischen und laryngologischen Gesellschaft zu Budapest.

Sitzung am 25. Januar 1894.

E. v. Navratil stellt zwei Fälle von syphilitischer Larynxstenose vor. Der eine wurde vor einem Jahre in der Provinz tracheotomirt, und kam jetzt mit verengtem Kehlkopfeingange und unbeweglichen Aryknorpeln in die Behandlung. Vortr. musste vorerst die tiefe Tracheotomie machen, da sonst die Behandlung und Decanulement aussichtslos seien.

Der andere Patient wurde von ihm selbst wegen bedeutender syphilitischer Infiltration der Epiglottis und Aryknorpel operirt, und zwar mit dem tiefen Luftröhrenschnitt. Nach entsprechender antiluetischer Behandlung kann jetzt die Canüle entfernt werden. Vortr. will mit diesen Fällen — wie er es schon früher öfter that, die Nothwendigkeit der tiefen Tracheotomie und die Schäden der Laryngotomie illustriren.

A. Irsai erwähnt, dass er in seiner Spitalspraxis sehr gute Erfolge von den intramusculären Sublimat-Injectionen (0,05 pro dosi) nach Lukasievich bei recenten syphilitischen Stenosen des Kehlkopfes sah, die den Luftröhrenschnitt zu machen ersparten.

Morelli findet, dass die Fälle gewöhnlich so dringend seien, dass an die medicinische Cur nicht mehr zu denken wäre.

Sitzung am 8. Februar 1894.

1. Ludw. Polyak stellt einen 26jährigen Arbeiter mit im Ablauf begriffener Tonsillitis praeepiglottica follicularis vor. Die Krankheit begann vor 3 Tagen mit Halsschmerzen und Schüttelfrost und Athembeschwerden. Objectiv fand er: Die ödematöse Epiglottis stark nach hinten gedrängt. Die Zungentonsille hochgradig geschwollen, bordeauxroth, theils mit schleimig-eitrigem Belage, theils weissliche Pröpfchen in den Follikeln.

In der Discussion bemerken Zwillinger und Baumgarten, dass das Bild heute nichts Charakteristisches biete, geben aber zu, dass eine solche vorausgegangen sei. Letzterer betont, dass solche Entzündungen öfter recidiviren.

Onodi meint, die Krankheit werde öfter von den praktischen Aerzten übersehen.

2. Ludw. Polyak: Ein Fall von Larynxstenose durch ein Gumma verursacht. — Unter dem verschwärten linken Stimmbande sass eine typische, äusserst umfangreiche Gummigeschwulst, ausser dem stenotischen Geräusche bewegte sich noch ein ulcerirtes Gewebsstück klappenartig hörbar. Heilung nach energischer Schmiercur.

3. Arthur Irsai: Ein Fall von geheilter Rachen- und Kehlkopftuberculose (wird später publicirt).

Sitzung am 22. Februar 1894.

v. Navratil stellt einen Fall von perichondritischer Kehlkopfstenose vor, der nach Tracheotomie spontan heilte. Weder Syphilis noch Tuberculose war bei der 40 Jahre alten Patientin irgendwie nachzuweisen; nach $1^1/_2$ jähriger erfolgloser Behandlung wurde sie im Oktober 1892 operirt. Die Canüle konnte im Mai 1893 entfernt werden.

Polyak sah die Kranke ebenfalls im September 1892 und machte wegen der Infiltration der Giessbeckenknorpel einige Incisionen, und schnitt auch ein Gewebsstück heraus, in dem er Tuberkelelemente fand. Im Sputum waren keine Bacillen. Die als Tuberculose zu betrachtende Perichondritis heilte also nach Tracheotomie, was jedenfalls — so wie die Erfahrungen Moritz Schmidt's — sehr bemerkenswerth sei (Patientin ist noch immer gesund. Ref.).

2. Onodi demonstrirt Gefrierdurchschnitte zur Topographie der Nebenhöhlen der Nase.

Sitzung am 15. März 1894.

1. Onodi zeigt das Präparat eines ulcerirten Ringknorpels, das von einer Patientin stammt, die offenbar ihrem Herzfehler und Emphysem erlag. Bei

der Untersuchung (1 Tag vor dem Tode) bemerkte Onodi blos, dass das linke Stimmband unbeweglich sei. Bei der Section fand man 8 mm unter demselben ein 2 cm langes und 1 cm breites Geschwür, welches den Ringknorpel entblösste. Lues und Tuberculose konnten ausgeschlossen werden.

2. Discussion über die Entfernung der hinteren Nasenmuschelhypertrophien, an welcher Onodi, Zwillinger, Baumgarten theilnahmen.

Sitzung am 19. April 1894.

1. Baumgarten demonstrirt ein Nasenrachenfibrom, welches er in mehreren Stunden mit Schlinge und Zange von einem 12jährigen Knaben entfernte und welches offenbar von der Fibro-cartilago basilaris ausging.

2. Baumgarten zeigt einen $7^1/_2$ cm langen und $3^1/_2$ cm breiten Choanalpolypen, den er einem 40jährigem Manne entfernte. Es ist z. Th. Myxom und typisches Fibrom.

3. Discussion über den M. crico-thyreoideus wurde von Onodi eröffnet, der angiebt, dass dieser Muskel das Stimmband um 2 mm der Medianlinie nähere, und die Stimmritze bis auf 1,2 mm verengen kann; und zwar durch passive Einwärtsbewegung des Stimmbandes bei dessen Anspannung. Jelenffy hat diesen Muskel auf 3 Componenten zerlegt, welcher Ansicht sich neuerdings Neumann anschliesst; O. kann aber diese Componenten, die anatomisch und physiologisch nicht nachweisbar seien, nicht acceptiren.

Neumann will nicht der posthume Apostel Jelenffy's sein, jedoch muss er ebenfalls die Action der M. crico-thyr. in 3 Kraftcomponenten zerlegen. Als Beispiel, dass die Muskelactionen nach dem Gesetze der Parallelogramme in Componenten zerlegt werden können und müssen, führt er den M. sterno-cleido-mastoid. an, der den Kopf nach unten nickt und einwärts dreht.

Der M. crico-thyr. wird ja auch von den meisten Anatomen in die verticale und schräge Portion zertheilt, welch' letztere den Ringknorpel thatsächlich so weit nach hinten zieht, als das Crico-thyreoidalgelenk nachgiebt.

Eine dritte Componente liege in den Fasern, die vom Ringknorpel zur Innenfläche des Schildknorpels ziehen, und in der Frontalebene wirken, indem sie den grösseren, nachgiebigen Ringknorpel anziehen. — Denn ein Muskel thut ja nichts anderes, als die beiden Endpunkte seiner Insertion einander näher, u. zw. so weit die Theile nachgeben. — Auch Grützner theile diese Ansicht.

Halász will als Anatom bemerken, dass die Theilung des M. crico-thyreoid. nicht angehe, da anatomisch und physiologisch hier nur ein Muskel fungire. Der Sterno-cleido-mastoid. sei ein schlechtes Beispiel, da er zwei Abgangspunkte habe.

Onodi will bemerken, dass Grützner Jelenffy's Theorie nur anführe, ohne selbst etwas hinzuzufügen. Dass der Muskel den Schildknorpelbogen zusammendrücke, dafür fehle jeder Beweis.

Neumann erwidert, die Herren sprechen als Anatomen, und haben blos die Leiche vor Augen. Ein Muskel könne auch dann in mehrere Kraftcomponenten zerlegt werden, wenn selbst alle seine Fasern in derselben Richtung paralell verlaufen; die Theilung in Componenten fusse auf physikalischen Gesetzen, insofern die Linie der Annäherung der Insertionen nicht in die Linie des Muskels fällt; wir sehen ja daher in den Beschreibungen des Physiologen stets von Componenten sprechen. v. Navratil.

IV. Briefkasten.

Gründung einer Wiener laryngologischen Gesellschaft.

Am 31. Januar 1895 fand die constituirende Versammlung der Wiener laryngologischen Gesellschaft statt. Es waren 23 Herren erschienen, unter ihnen alle bekannten Wiener Laryngologen mit Ausnahme Prof. v. Schrötter's, welcher verhindert war. Zum Präsidenten wurde Prof. C. Störk, zum Vicepräsidenten Prof. O. Chiari, zum Sekretär Dr. Koschier, zum Oeconomen Docent V. Roth und zum Bibliothekar Docent M. Grossmann gewählt. — Die wissenschaftlichen Sitzungen werden einmal im Monat stattfinden und die ausführlichen Sitzungsberichte werden in der Monatsschrift für Ohrenheilkunde, kurze desgl. in der Wiener Klinischen Wochenschrift erscheinen. Natürlich wird auch das Centralblatt regelmässige Berichte über die Verhandlungen der Gesellschaft aus der Feder unseres österreichischen Mitarbeiters Prof. O. Chiari bringen. — Es wird, wie uns letzterer mittheilt, beabsichtigt, dass nur specialistisch wichtigere Dinge in der Wiener laryngologischen Gesellschaft, alles von Interesse für die ganze ärztliche Welt auch weiterhin in der Gesellschaft der Aerzte mitgetheilt werden soll. So dürfte eine Isolirung des Faches vermieden werden. — Wir bringen der neuen Gesellschaft unsere besten Wünsche für ihr fröhliches und nutzbringendes Gedeihen dar.

Eine Berichtigung.

Wir wünschen, noch ehe uns irgend welche Reklamationen zugehen, aus eigenem Antriebe unser lebhaftes Bedauern über ein unliebsames Versehen in unserer letzten Nummer auszusprechen, dessen Schuld uns selbst trifft. — Die Druckerei sendet dem Herausgeber stets zwei Correcturexemplare jeder Nummer, deren eines er corrigirt zurückschickt, während er das andere behält. Bei der Correctur der Februarnummer nun ist es ihm leider passirt, dass er nach Vollendung der Correctur den letzten Bogen (von Seite 435 an) des uncorrigirten Exemplars zurückgeschickt, den letzen Bogen des richtig corrigirten Exemplars zurückbehalten hat, und dieses Versehen ist erst entdeckt worden, als die fertig gestellte Nummer eintraf.

In Folge dessen sind in den letzten Seiten der Februarnummer folgende Berichtigungen nothwendig:

In der Kanthack'schen Besprechung des Walker Downie'schen Werkes fehlt zunächst im Titel der Name der Verleger James Maclehose and Sons. Dann heisst es in Zeile 5 der Besprechung: „und auch einem Compendium, wie dem Rosenberg's gegenüber" etc. Auf Zeile 12 von unten fällt das Wort „darum" fort. Auf Zeile 7 von unten lies „richtig" statt „gesund". Auf Seite 437 Zeile 4 von oben lies „Vegetationen" statt „Adenoiden". Der einen thatsächlichen Irr-

thum enthaltende Satz (Zeile 15 und 16): „Bisher glaubten wir, dass Heryng und nicht Krause der erste war, der die Milchsäure in die Behandlung der Larynxphthise eingeführt hat", fällt ganz fort, und statt der Worte: „Aufrichtigkeit und Intentionen" (Zeile 18) heisst es: „Berechtigung". — Ferner ist in der Greville Mac Donald'schen Besprechung des de Havilland Hall'schen Werkes überall für das Wort „Arzt" der Ausdruck „innerer Kliniker" zu setzen.

Die Redaction.

Wandtafeln für den laryngo-rhinologischen Unterricht.

Dr. Artur Hennig (Königsberg i. Pr.) hat eine Serie von 40 Wandtafeln für den laryngo-rhinologischen Unterricht hergestellt, auf welche wir die Aufmerksamkeit aller Fachgenossen, besonders der mit Lehrthätigkeit beschäftigten, lenken möchten. Seine in bedeutender Vergrösserung in Oel gemalten Illustrationen der normalen Bilder der Nase, des Nasenrachenraums, des Rachens und Kehlkopfs, sowie der häufigsten und wichtigsten Krankheiten dieser Theile, übertreffen an Naturtreue und an künstlerischer Ausführung alles bisher in dieser Beziehung Geleistete bei weitem, und es wäre für Lehrzwecke äusserst wünschenswerth, dass die Serie in der Grösse der Originale vervielfältigt und dadurch allen Lehrern des Faches zugänglich gemacht würde. Die Tafeln würden nicht nur den schönsten und geeignetsten Wandschmuck der Auditorien grösserer laryngologischer Kliniken und Polikliniken bilden, sondern auch dem in kleineren Instituten wirkenden Lehrer, der oft genug wegen Mangels an Material nicht in der Lage ist, seinen Zuhörern seltnere Leiden direct demonstriren zu können, den denkbar besten Ersatz gewähren. Bei ihrer Demonstration in der Jahresversammlung der Londoner laryngologischen Gesellschaft am 9. Januar errangen denn auch die Tafeln allseitigen Beifall und dem Künstler wurde ein einstimmiges Dankvotum zu Theil. Dr. Hennig hat sich bereit erklärt, einzelnen derzeit ausgesprochenen Wünschen hinsichtlich Zusatz resp. Fortlassung einzelner Tafeln und Verbesserung einzelner Details Rechnung zu tragen und ich hoffe, dass sein Lieblingswunsch: das Werk vieler arbeitsamer Jahre allen Collegen durch Vervielfältigung zugänglich gemacht zu sehen — in baldige Erfüllung gehen möge!

Felix Semon.

Programm der allgemeinen Discussionen der laryngologischen Section der 63. Jahresversammlung der British Medical Association, London, 30. Juli bis 2. August 1895.

Die folgenden drei Themata sind für die allgemeinen Diskussionen der Section gewählt worden:

1. „Die Aetiologie der Nasenpolypen." Eingeführt von Prof. Guye (Amsterdam), Dr. Luc (Paris), Dr. M'Bride (Edinburgh).

2. „Die lacunäre Tonsillitis vom Standpunkt der Infectiosität". Eingeführt von Prof. B. Fränkel (Berlin) und Dr. Macintyre (Glasgow).

3. „Die Indicationen für frühzeitige Radicaloperation des Kehlkopfkrebses". Eingeführt von Dr. Bryson Delavan (New York) und Mr. H. T. Butlin (London).

Collegen, welche an diesen Discussionen theilzunehmen wünschen, werden gut thun, sich frühzeitig bei einem der Sekretäre (vgl. die Februarnummer pag. 444) anzumelden, da die Betheiligung an dem Meeting voraussichtlich eine ganz ausnahmsweise grosse sein wird. — Private Vorträge sollten ebenfalls frühzeitig angemeldet werden; dieselben müssen in englischer Sprache abgehalten werden, und können nur soweit zur Verlesung kommen, als es die disponible Zeit gestattet.

Handbuch der Laryngologie und Rhinologie.

Mit Freude und Genugthuung theile ich den Herren Fachgenossen mit, dass sich folgende Herren zur Bearbeitung eines von mir herauszugebenden Handbuches der Laryngologie und Rhinologie vereinigt haben:

Dr. Bergengrün (Riga), Geh. Rath Prof. v. Bergmann (Berlin), Dr. Bloch (Freiburg i. Br.), Prof. P. Bruns (Tübingen), Prof. O. Chiari (Wien), Prof. Disse (Halle), Prof. J. Rich. Ewald (Strassburg i. E.), Prof. B. Fränkel (Berlin), Dr. Eugen Fränkel (Hamburg), Prof. Gaule (Zürich), Dr. Gerber (Königsberg i. Pr.), Geh. Rath Prof. Gerhardt (Berlin), Dr. M. Hajek (Wien), Dr. D. Hansemann (Berlin), San.-Rath Dr. Hopmann (Köln), Prof. Jurasz (Heidelberg), Dr. Kayser (Breslau), Prof. Killian (Freiburg i. Br.), Dr. Klemperer (Strassburg i. E.), Hofrath Dr. Krieg (Stuttgart), Dr. Kronenberg (Solingen), Stabsarzt Dr. Landgraf (Berlin), Dr. Victor Lange (Kopenhagen), Dr. Michael (Hamburg), Geh. Rath Prof. Mikulicz, (Breslau), Dr. Onodi (Pest), Prof. Pieniázek (Krakau), Dr. A. Rosenberg (Berlin), Dr. Max Schaeffer (Bremen), Prof. Schech (München), Prof. Schiefferdecker (Bonn), Prof. Mor. Schmidt (Frankfurt a. M.), Prof. v. Schroetter (Wien), Dr. Seifert (Würzburg), Prof. Semon (London), Dr. Spiess (Frankfurt a. M.), Prof. Stoerk (Wien), Prof. Strübing (Greifswald), Dr. Rich. Wagner (Halle), Prof. Zuckerkandl (Wien).

Das Handbuch soll in umfassendster Weise den jetzigen Standpunkt unseres Wissens zum Ausdruck bringen. Es wird beabsichtigt die Literatur in möglichst vollständiger Weise anzuführen. Um dies zu gewährleisten, ersuche ich die Herren Fachgenossen mir ihre Separatabdrücke und Verzeichnisse ihrer Arbeiten einzusenden, die ich den Bearbeitern der betreffenden Capitel zuweisen werde.

Berlin, im Februar 1895.

W. Potsdamerstr. 131. P. Heymann.

Bitte.

In dem fortlaufenden Bestreben, der Rhino-Laryngologie die ihr unter den Specialfächern der Medicin zukommende Anerkennung erkämpfen zu helfen, bin ich mit einer umfassenden Abhandlung über ihre Bedeutung für den Körper im Allgemeinen, wie auch für einzelne seiner Theile beschäftigt. Ich bitte deshalb hierdurch alle Collegen, welche über diesen Gegenstand etwas Zutreffendes oder ihn scharf Beleuchtendes geschrieben haben, mir die betreffende Schrift, nachdem sie in ihr die bezüglichen Stellen freundlichst angestrichen haben, gütigst zu übersenden.

Frankfurt a. M., 10. Februar 1895.

Gärtnerweg 36. Dr. Maximilian Bresgen.

Société française d'otologie, de laryngologie et de rhinologie.

Die Frühjahrssitzung dieser Gesellschaft findet am Mittwoch, den 1. Mai 1895 um 8 Uhr Abends zu Paris im Palais des Sociétés savantes, rue des Poiteoins statt.

Programm:

1. „Ohrengeräusche und ihre Behandlung“. Eingeführt von den Herren Miot und Herck (Paris).
2. „Die motorischen Nervenstörungen des Kehlkopfs“. Eingeführt von Dr. Raugé (Challes).

Sonstige Vorträge müssen vor dem 20. April bei dem Generalsecretär Dr. Joal, 17 rue Cambacérès, Paris, angemeldet werden.

Gedruckt bei L. Schumacher in Berlin.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XI. Berlin, April. 1895. No. 10.

I. Referate.

a. Allgemeines, äusserer Hals etc.

1) **G. Phocas. Obere Halsphlegmone und Angina Ludovici. (Phlegmon cervical superieur et angine de Ludwig.)** *Revue internationale de Rhinologie, Otologie et Laryngologie. 10. Januar 1894.*

Verf. hatte 2 Fälle von oberer Halsphlegmone zu beobachten Gelegenheit; bei der Beschreibung derselben bespricht er auch die Bezeichnung als Angina Ludovici, die er für falsch hält. Es handelt sich gar nicht um eine Angina, sondern um eine Phlegmone, die in ihrem Bilde und ihrem Verlauf grosse Verschiedenheiten zeigte. Die Behandlung derselben muss rasch und energisch sein.

BEAUSOLEIL (E. J. MOURE).

2) **M. Zitrin** (Simbirsk). **Zur Aetiologie der Angina Ludowici. (K Etiologii anginae Ludowici.)** *Protoc obtsch. wratschei w Simbirske. Simbirsk. Tokarew. 1894.*

Die Infection war von einem cariösen Zahn ausgegangen; Ausgang trotz Spaltung letal.

LUNIN.

3) **R. Meslay. Abscess des Spatium maxillo-pharyngeum; Ulceration der Carotis interna. Durchbruch des Abscesses nach dem Pharynx und dem äusseren Gehörgang. (Abscès de l'espace maxillo-pharyngien; ulceration de la carotide interne; ouverture de la poche dans le pharynx et le conduit auditif externe.)** *Soc. anatomique de Paris. 21. December 1894.*

Ein 5jähriger Knabe, in's Spital aufgenommen am 9. November wegen Eiterung des rechten Ohres, die im Anschluss an Halsschmerzen eingetreten war. Der Schmerz im Halse selbst war am Tage der Aufnahme verschwunden. Kein Fieber, die Mandeln ziemlich geschwollen; am Kieferwinkel geschwollene schmerzhafte Drüsen. Beim Druck auf diese Stelle fliesst etwas Eiter zum Ohre heraus. Das Trommelfell ist nicht perforirt, der Warzenfortsatz nicht entzündet. Zwei Tage nach der Aufnahme fliesst Blut aus dem Ohre; darauf in der Nacht plötzlich sehr

starkes Nasenbluten, Eintritt von Coma. Trotz Tamponade der Nase und des Ohres, trotz Ergotininjectionen und Injectionen von künstlichem Blutserum immer neues Nasenbluten und Haematemesis. Am 13. Abends entschloss man sich zu einer Operation. Broca eröffnet an der Stelle der submaxillaren Drüsenschwellung und findet dort Blut und Eiter. Er legt eine Ligatur der Carotis interna an und tamponirt. Exitus in Syncope.

Bei der Section findet man Magen und Darm voll Blut; im Spatium maxillopharyngeum ein Eiterherd, von den geschwollenen Drüsen ausgehend. Die Carotis interna in breiter Ausdehnung ulcerirt vor ihrem Eintritt in's Felsenbein. Der Eiterherd hat sich sowohl nach dem Pharynx wie nach dem äusseren Gehörgang eröffnet; das Trommelfell ist intact und auch im Mittelohr keine Spur von Entzündung.

A. CARTAZ.

4) **J. F. Mc Kennon. Bericht über einen Fall von Torticollis nach Drüsenexstirpation. (Report of a case of torticollis following adenotomy.)** *Manhattan Eye and Ear Hospital Reports. Januar 1894.*

Der Fall betrifft ein 9jähriges Kind. Die Contractur des Sternocleidomastoideus trat etwa 20 Stunden nach der Operation ein und verschwand nach 10 Tagen.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

5) **W. J. Wheeler** (Dublin). **Hydrocele des Halses. (Hydrocele of the neck.)** *Dublin Journal of Med. Science. November 1894.*

Die Arbeit, die ein ausschliesslich chirurgisches Interesse hat, bringt ausser einer Zusammenstellung der einschlägigen Literatur die ausführlichen Krankengeschichten von 5 neuen Fällen.

P. MC BRIDE.

6) **Hildebrand** (Göttingen). **Ueber angeborene epitheliale Cysten und Fisteln des Halses.** *Arch. f. klin. Chirurgie. IXL. 1. 1894.*

In der Göttinger Klinik kamen 20 mit Epithel ausgekleidete Cysten und 10 ebensolche Fisteln am Halse zur Beobachtung. Die meisten Cysten entwickelten sich erst allmälig und machten sich erst im 2. oder 3. Decennium bemerklich. Der Sitz der Cysten war in der überwiegenden Mehrzahl ein seitlicher.

SEIFERT.

7) **Gmenberger. Anthrophore bei der Behandlung der Halsfisteln. (Anthrophores dans le traitement des fistules du cou.)** *Annales des maladies de l'oreille. No. X. October 1894.*

Wenn die Kranken die chirurgische Behandlung verweigern, empfiehlt Verf. die Einführung von Anthrophoren, die es ermöglichen, Medicamente bis auf den Grund der Fisteln zu bringen. Vor der Einführung taucht man dieselben in Glyceringelatine, die das Medicament, das man geben will, in Lösung enthält.

E. J. MOURE.

8) **Lilienstein** (Butzbach). **Beiträge zur Histologie der Schleimhaut-Syphilis.** Dissertation. Würzburg. 1894.

Die nicht uninteressanten Details der histologischen Untersuchungen beziehen sich auf syphilitisches Erythem der Nasenschleimhaut, auf Syphilis der Gaumen-

und Zungentonsille, der Uvula und des Larynx. Die Untersuchungen wurden im Laboratorium des Referenten ausgeführt. SEIFERT.

9) **Hudelo u. Bourges. Diphtheritische Syphilide. (Diphtheritic syphilides.)** *N. Y. Med. Record. 10. März 1894.*

Die Verff. haben Untersuchungen angestellt über die Natur der Bakterien, welche die Bildung von Pseudomembranen, wie man sie auf Syphiliden beobachtet, verschulden; ihre Absicht war, wenn möglich, festzustellen, dass ein bestimmter Bacillus in allen Fällen diese Leistung ausführe. Untersucht wurden 4 Fälle mit folgendem Resultat: In 2 Fällen fand sich das Bacterium coli commune, in einem der Staphylococcus aureus, im letzten der Streptococcus neben Staphylococcus aureus und albus. Eine besonders wichtige Rolle schreiben die Verff. wegen des zweimaligen Befundes dem Bacterium coli zu. LEFFERTS.

10) **N. Walker. Die gewöhnlicheren Arten von Lupus vulgaris und ihre Behandlung. (The commoner varieties of lupus vulgaris and their treatment.)** *Edinburgh Med. Journal. August 1894.*

W. hebt hervor, dass er in jedem Fall, den er untersuchte, die lupoiden Granulationen mit Epidermis bedeckt fand; er fügt hinzu: „Diese Beobachtung bestätigt eine dieser Gesellschaft bereits von Mc Bride mitgetheilte, von dessen Schnitten ich einige auf den Lupus der Schleimhäute bezügliche durchsehen konnte.“ P. MC BRIDE.

11) **Onodi. Argyrose. (Argyrose.)** *Revue de laryngologie, otologie etc. No. 1. 1. Januar 1894.*

Der betr. Pat. pinselte sich seit 3 Jahren regelmässig im Halse mit einer starken Höllensteinlösung. E. J. MOURE.

b. Nase und Nasenrachenraum.

12) **Baumgarten. Verdoppelung der vorderen Nase; zwei knorplige Nasenscheidewände und drei Nasenlöcher. (Nez antérieur double; deux cloisons cartilagineuses et trois narines.)** *Revue de laryngologie, otologie etc. No. 1. 1. Januar 1894.*

Verf. betrachtet diese Missbildung als Entwicklunganomalie; er will später einen chirurgischen Eingriff versuchen. E. J. MOURE.

13) **Ed. Aronsohn. Versuch einer Nomenclatur der Geruchsqualitäten.** *Archiv f. Laryngologie u. Rhinologie. Bd. II. Heft 1. 1894.*

Verf. nimmt für jede Geruchsklasse einen charakteristischen Repräsentanten, z. B. Schwefelwasserstoff für Schwefelammonium, Ammoniak etc., Campher für Eucalyptus, Terpentin, Valeriana u. s. w. u. s. w. Der Name des Repräsentanten, der dann für die ganze Geruchsklasse gilt, wird aus der chemischen Formel desselben gebildet, indem die Zahlen dieser durch Buchstaben ersetzt (1 = a, 2 = b,

3 = c, 4 = ch u. s. w.) und zwischen die Consonanten Vocale nach Wahl eingeschoben werden (beispielsweise i für prickelnde Gerüche, oe und eu für Wohlgerüche, e und o ohne besondere Nüance u. s. f.). Ob sich eine Nomenclatur einbürgern wird, nach der Schwefelwasserstoff (SH_2 = Shb) „sahben“, die Blausäure (HCN oder HCy) „hacylich“ oder „hacyn“, das Menthol ($C_{10}H_{19}OH$ = CiHsoh) „cihsohlich“ und das Amylnitrit gar „cadahknobig“ riecht??

F. KLEMPERER.

14) **J. P. Mann. Watte in den Nasenlöchern. (Cotton wool in the nostrils.)** *Pacific Med. Journal. September 1894.*

M. empfiehlt das Tragen von Watte in den Nasenlöchern, um die Luft von Staub, Rauch u. a. zu reinigen und das Eindringen von contagiösen Keimen in die Nase zu verhüten.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

15) **Maurel. Der Gebrauch von Jodoformdämpfen bei Coryza und bei der absteigenden Bronchitis. (Emploi des vapeurs iodoformiques dans le coryza et la bronchite descendante.)** *Le midi médical. No. 48. 2. December 1894.*

Verf. hat gute Erfolge erzielt mit der Anwendung eines Dauer-Jodoformtampons in der Nase und dem Gebrauch von Jodoformpastillen.

E. J. MOURE.

16) **Vergniaud. Chronisch catarrhalische Rhinitis der Regio olfactoria. Entzündung der Keilbeinhöhle und der hinteren Siebbeinzellen. Anosmie. (Rhinite catarrhale chronique de la région olfactive. Inflammation du sinus sphénoidal et des cellules ethmoidales postérioures. Anosmie.)** *Revue de laryngologie, otologie etc. No. 17. 1. September 1894.*

Der Kranke zeigte Kräfteverfall, Schwindelanfälle und ein Gefühl des Schwankens bei Bewegungen. Durch lokale Behandlung wurde er sehr schnell gebessert.

E. J. MOURE.

17) **Albert Pick. Die Pathologie und Behandlungsmethoden der hypertrophischen Rhinitis (chronischer Nasencatarrh) mit besonderer Bezugnahme auf die Thätigkeit des Allgemeinpraktikers. (The pathology and methods of treatment of hypertrophic and atrophic rhinitis [chronic nasal catarrh] with special reference to the work of the general practitioner.)** *N. Y. Medical Journal. 17. November 1894.*

In dem ganzen, langen Artikel findet sich absolut nichts Neues.

LEFFERTS.

18) **Chappell. Vasomotorische Rhinitis im Zusammenhang mit Malaria. (Vasomotor rhinitis of malarial origin.)** *Philad. Med. News. 3. November 1894.*

Der Fall betrifft ein Mädchen von 18 Jahren, das eines Morgens zeitig mit einem Frost erwachte; es folgte diesem nach $^1/_2$ Stunde ein heftiges Niesen mit reichlichem wässerigen Ausfluss aus der Nase. Nach 3 Stunden etwa begann der Anfall nachzulassen, nach weiteren 3 Stunden war er vollständig verschwunden. Am ganzen Tage fühlte sich die Pat. matt und müde. Am nächsten Morgen wiederholte sich der Anfall um dieselbe Stunde und so täglich eine Woche hindurch. Es wurden verschiedene lokale Mittel versucht, auch interne Medicamente, alles

ohne Erfolg, bis Chinin gegeben wurde. — Von 3 ähnlichen Fällen weiss Verf. ausserdem zu berichten, der eine einen Mann von 50 Jahren, die beiden anderen Frauen von 31 und 42 Jahren betreffend. Noch 10 weitere ähnliche Fälle sind in der Literatur bekannt und es ist anzunehmen, dass zahlreiche der genaueren Diagnose entgehen. Bei manchen Patienten widerstanden die Symptome dem Chiningebrauch, bei anderen wurden sie günstig beeinflusst. **LEFFERTS.**

19) **Redactionelle Notiz. Einseitige fibrinöse Rhinitis. (Unilateral fibrinous rhinitis.)** *Philad. Med. News. 27. October 1894.*

Wenn sich auch gezeigt hat, dass in der Mehrzahl, wenn nicht in allen Fällen von sogen. fibrinöser Rhinitis Diphtheriebacillen anwesend und mitbetheiligt sind, so ist doch ebenso zuzugeben, dass diese Affection auch bei Abwesenheit dieser Bacillen zustandekommen kann. Selbst die fibrinöse Rhinitis mit Vorhandensein von Diphtheriebacillen ist von der echten Nasendiphtherie zu trennen. Die letztere kommt in allen Fällen durch Ausbreitung des diphtheritischen Processes von benachbarten Theilen aus zu Stande, während die erstere als primäre und selbständige Krankheit sich entwickelt, obschon auch sie im Gefolge von Rachendiphtherie auftreten kann. Auf der anderen Seite breitet sich bei der fibrinösen Rhinitis der exsudative Process gewöhnlich nicht auf den Rachen aus und auch die Allgemeinerscheinungen sind weniger ausgesprochen als bei der Diphtherie. Zur Illustration der Thatsache, dass die blosse Anwesenheit von Mikroorganismen nicht ausreicht, um Krankheit zu erzeugen, ist ein Fall von Interesse, den Abel mittheilt (Deutsch. Med. Woch. 1894. No. 35): ein 9jähriger Knabe, der nie Diphtherie gehabt hatte, erkrankte an fibrinöser Rhinitis, nachdem seine Mutter eine Attake der laryngealen Form der Erkrankung durchgemacht hatte; es fanden sich Diphtheriebacillen in beiden Seiten der Nase, obgleich Pseudomembranen nur auf der einen Seite vorhanden waren. **LEFFERTS.**

20) **Cimmino. Ueber Rhinitis caseosa seu cholesteathomatosa.** *Boll. d. Mal. dell'Or. 1894. No. 9.*

C. giebt an, fast gleichzeitig 3 Fälle von Rh. c. gesehen zu haben, beschreibt aber, um Wiederholungen zu vermeiden, nur einen, der indessen nach des Ref. Ansicht gar nichts zu beweisen vermag.

Dass die Rh. caseosa ein bakterieller Process ist, schliesst C. aus dem Umstande, dass das Sekret eine Menge der verschiedensten Bakterienarten enthält, wie sein Lehrer Cozzolino beobachtet hat. **TOTI.**

21) **Massei. Rhinitis caseosa? (Rinite caseosa?)** *Boll. delle Mal. dell'Or. 1894. No. 10.*

M. weist nach, dass es sich in einem von Cimmino als Rhinitis caseosa veröffentlichten Falle um nichts anderes handelte, als um einen traumatischen Septumabscess. M. selbst hatte den Abscess eingeschnitten, bevor der Kranke sich dem anderen Specialisten vorstellte, welcher nachträglich eine Rhinitis caseosa diagnosticirte! **TOTI.**

22) **Cimmino. Nochmals über Rhinitis caseosa. (Ancora sulla rinite caseosa.)** *Boll. dell'Orecchio. 1894. No. 11.*

C.'s Antwort auf die Bemerkungen Massei's. Nach C. bestand die Rhinitis caseosa in dem fraglichen Falle seit langer Zeit, und war der von Massei eingeschnittene Septumabscess nur eine Folge der Rhinitis gewesen. (Eine Pathologie neuer Art! Ref.) TOTI.

23) **Beausoleil. Untersuchungen über die Aetiologie und Pathogenese der Coryza caseosa. (Etude sur l'étiologie et la pathogénie du coryza caséeux.)** *Revue de laryngologie, otologie etc. No. 24. 15. December 1894 u. 1. Januar 1895.*

Verf. kommt zu dem Ergebniss, dass die käsige Coryza keine specifische Affection, sondern vielmehr ein besonderes Symptom ist, das gewissen Erkrankungen der Nasenhöhle und ihrer Nebenhöhlen gemeinsam ist. E. J. MOURE.

24) **Lacoarret. Recidivirender Abscess am Boden der Nasenhöhle. (Abscès à répetition du plancher des fosses nasales.)** *Annales de la policlinique de Toulouse. März 1894. No. 3.*

Der Fall, der bei einer jungen Frau zur Beobachtung kam, ist interessant und selten. Der Abscess sass am Boden der linken Nasenhöhle; er wurde eröffnet, erschien dann wieder, wurde von Neuem eröffnet und so mehrere Male hintereinander. Schliesslich wurde durch sehr breite Eröffnung und Zerstörung aller Taschenbildungen Heilung erzielt. Der Verf. glaubt, dass dieser eigenartige Abscess in einer praeexistirenden Cyste sich entwickelt habe. E. J. MOURE.

25) **L. C. Cline. Ein Fall von Hypertrophie der mittleren Nasenmuschel. (Case of hypertrophy of the middle turbinate.)** *Indiana Medical Journal. November 1894.*

Der Patient litt an einer schweren Facialisneuralgie, die durch Cauterisation der Muschel geheilt wurde. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

26) **Moncorgé. Ein Fall von perforirendem Geschwür der Nasenscheidewand bei Bright'scher Krankheit. (Un cas d'ulcère perforant de la cloison et de mal de Bright.)** *Revue internat. de laryngologie etc. 10. März 1894.*

Der Kranke, der an Morbus Brightii litt, hatte ein perforirendes Ulcus am knorpligen Theile der Nasenscheidewand. Der Verf. hält derartige Perforationsgeschwüre für eine Folge thrombosirender Erkrankung, wie Diabetes, Albuminurie u. a. Man soll deshalb, wo man ein solches Geschwür findet, stets den Urin untersuchen. E. J. MOURE.

27) **Mosan. Betrachtungen über die Abscesse der Nasenscheidewand. (Considérations sur les abscès de la cloison des fosses nasales.)** *Thèse de Bordeaux. 1894.*

Der Verf. giebt einen kurzen Ueberblick über die Anatomie der Nasenscheidewand und bespricht dann die Abscesse, die an derselben vorkommen. Er unterscheidet zwei grosse Categorien: die heissen Abscesse und die kalten; beide wer-

den gründlich erörtert. Als Behandlung wird die frühzeitige Incision empfohlen, durch die späteren Deformationen der Nase vorgebeugt wird. E. J. MOURE.

28) **W. Wróblewski. Acuter Nasenscheidewandabscess. (O tak zwanych ostrych ropniach przegrody nosa.)** *Gazeta lekarska. No. 43. 1894.*

Verf. beschreibt 14 vom ihm genau beobachtete Fälle von acuter Eiterung der Nasenscheidewand. In 5 Fällen blieb die Aetiologie dunkel, bei den übrigen wurde als ätiologisches Moment Typhus, Trauma und Erysipel angeführt. Von subjectiven Erscheinungen dominirte stets starke Nasenverstopfung und nasale Sprache; objectiv wurde eine circumscripte, runde fluctuirende röthliche Geschwulst, die fast das ganze Lumen der Nase ausfüllte und unter Umständen mit einem Polypen zu verwechseln war, constatirt. Die Therapie bestand in breiter Incidirung mit nachfolgender Jodoformgaze-Tamponade. In keinem der vom Verf. beobachteten Fälle kam es zur Perforation des Septums, die andere Autoren (Massei) beschreiben. Dagegen sah Verf. nachträgliche Deformation der Nase, welche Verf. nach der Ansicht Gouguenheim's einer Luxation des Nasenknorpels zuschreibt. A. V. SOKOLOWSKI.

29) **Lacoarret. Hämatom der Nasenscheidewand. (Hématome de la cloison des fosses nasales.)** *Revue de laryngologie etc. No. 10. 15. Mai 1894.*

L. giebt eine Krankengeschichte und bespricht die Diagnose der Nasenscheidewandtumoren. E. J. MOURE.

30) **Cimmino** (Neapel). **Primäres Syphilom der Nasenscheidewand. (Sifiloma iniziale del setto nasale.)** *Boll. d. Mal. dell'Or. 1894. No. 2.*

Eine klinische Beobachtung. TOTI.

31) **Sarremone. Missbildungen der Nasenscheidewand. (Des malformations de la cloison du nez.)** *Thèse de Paris.*

Nichts Neues. A. CARTAZ.

32) **W. A. Martin. Theorien und Thatsachen betreffs der Verbiegung der Nasenscheidewand. (Theories and facts concerning deflection of the nasal septum.)** *Journal Am. Med. Assoc. 29. September 1894.*

Verf. giebt mehr Theorien als Thatsachen. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

33) **E. A. Spilsbury. Die Nasenscheidewandverbiegung und ihre chirurgische Behandlung. (Deflection of the nasal septum and its surgical treatment.)** *Journal Am. Med. Assoc. 22. September 1894.*

Nichts Bemerkenswerthes; Verf. beschreibt einige neue Instrumente.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

34) **E. J. Moure. Vergleich zwischen der Electrolyse und den anderen Behandlungsmethoden zur Zerstörung von Spinen und Verbiegungen der Nasenscheidewand. (Comparaison entre l'electrolyse et les autres modes de traitement dans la destruction des déviations et éperons de la cloison des fosses**

nasales.) *Gazette hebdomad. des sciences méd. de Bordeaux (Compte rendu du Congrès de Rome). No. 18. 22. April 1894.*

Verf. beschreibt die Methodik der electrolytischen Behandlung und erinnert daran, dass dieselbe französischen Ursprungs ist. Er empfiehlt seine bipolare Methode; er benutzt Stahlnadeln, als Stromstärke 18-25 Milliampère; der Strom wirkt 10—15 Minuten ein. Diese Behandlungsmethode erscheint ihm als die beste, weil sie wenig schmerzhaft und nicht blutig ist, alle anderen Methoden stehen der Electrolyse nach. Nur für kleinere Spinen kann die Galvanopunctur gleichen Werth beanspruchen. Autoreferat.

35) **Karl Hess** (Falkenstein). **Zur Anwendung der Electrolyse bei Leisten und Verbiegungen des Septum narium.** *Münchner medicin. Wochenschr. No. 39. 1894.*

Hess operirt mit bipolaren Iridium-Platin-Nadeln nach vorheriger Cocainisirung. Dieselben müssen an der Basis des zu entfernenden Objectes, aber parallel mit dem Septum eingestossen werden. 10—15 Milliampères einer Leclanché-Batterie genügen in der Regel; doch muss man den Strom langsam ein- und ausschleichen lassen. Die Dauer einer Sitzung beträgt anfangs 3—6, später 10 Minuten; eine Wiederholung findet meist erst nach 8 Tagen statt. Die Zahl der Sitzungen schwankt je nach der Grösse des Tumors und nach der Dauer und Stärke des Stromes; mittlere Tumoren erfordern 4—6 Sitzungen. Eine Nachbehandlung ist unnöthig. SCHECH.

36) **Thos. R. French. Beobachtungen über die Resultate der schneidenden Operationen am Nasenseptum. (Observations on some of the results of cutting operations on the nasal septum.)** *N. Y. Med. Journal. 1. December 1894.*

Vortrag gehalten auf dem 16. Jahrescongress der American Laryngological Association; Referat folgt im Verhandlungsbericht. LEFFERTS.

37) **J. P. Berens. Korkschienen für Nasenscheidewandverbiegungen. (Cork splints for deflections of the nasal septum.)** *Manhattan Eye and Ear Hospital Reports. Januar 1894.*

B. rühmt die Vorzüge der Korkschienen für die Nachbehandlung der Nasenscheidewandoperationen. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

38) **P. Brown. Die Tubage zur accessorischen Behandlung bei gewissen Fällen von Nasenscheidewand-Deformität. (On tubage as accessory treatment in certain cases of septal deformity.)** *Journal Amer. Med. Assoc. 22. September 1894.*

Die Tubage ist vortheilhaft bei den Fällen gewöhnlich traumatischen Ursprungs, bei denen das vordere Ende des Vomer, der untere Theil der perpendiculären Platte des Siebbeins und die Cartilago triangularis (die vereint die centrale Partie des Septums bilden) über die Muscheln vorgedrängt sind und einen Druck auf dieselben ausüben, so dass schliesslich eine knöcherne oder knorplige Vereinigung sich ausbildet. In derartigen Fällen ist das Offenhalten der Nasenpassage nach der Operation und während des ganzen Heilungsprocesses natürlich

von der grössten Bedeutung. Verf. giebt einige diese Verhältnisse illustrirende Krankengeschichten. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

39) **Strazza. Zerstörung eines umfangreichen cavernösen Tumors der Nasenscheidewand durch Electrolyse. (Destruction par l'electrolyse d'une volumineuse tumeur caverneuse de la cloison.)** *Revue internat. de rhinol., laryngol. et otologie. 10. März 1894.*

Die Patientin hatte einen voluminösen Tumor an dem Nasenseptum. Ein Stück desselben wurde mit der galvanischen Schlinge abgetragen und mikroskopisch untersucht; es handelte sich um eine cavernöse Geschwulst. Verf. begann eine electrolytische Behandlung; in 4 Sitzungen wurde jedesmal 10 Minuten lang ein Strom von 12 Milliampère angewandt; der Tumor verschwand.

E. J. MOURE.

40) **Cozzolino** (Neapel). **Beitrag zum klinischen und histologischen Studium der Neubildungen der Nasenmuscheln und der Scheidewand. (Contributo allo studio clinico-istologico delle neoplasie dei cornetti e del setto nasale.)** *Arch. Ital. d'Otologia. 1894. No. 2.*

Erster Fall: Granuloma syphiliticum der unteren und mittleren Muschel links. Spontane Heilung. Keine Operation. Keine histologische Untersuchung. Diagnose per exclusionem.

Zweiter Fall: Granuloma phlogisticum simplex. Ursache: wahrscheinlich das Herumkratzen in der Nase mit den Fingernägeln. Keine spontane Blutungen. Abtragung mit der kalten Schlinge.

Dritter Fall: Myxosarcom, von der vertikalen Platte des Siebbeins ausgehend. Abtragung und Auskratzung. Kein Recidiv nach 8 Monaten.

Vierter Fall: Myxosarcom, ausgehend von dem viereckigen Knorpel. Abtragung. Keine weitere Nachricht.

Fünfter Fall: Sarcom des vorderen Endes der unteren Muschel. Exstirpation. Kein Recidiv nach 10 Monaten.

Sechster Fall: Fibrosarcom des hinteren Endes der unteren Muschel. Partielle Exstirpation. Nach 6 Monaten hatte die Geschwulst (ein Fibrosarcom. Ref.) die Lymphdrüsen der lateralen Halsgegend schon inficirt!

Keine Epicrise. Keine Schlüsse. TOTI.

41) **Corradi** (Verona). **Katheterismus, Lufteinblasungen etc. des Thränennasenganges von der Nase aus und eventueller Nutzen dieser Methode bei verschiedenen Augenkrankheiten. (Intorno al cateterismo, alle insufflazioni d'aria ecc. del canale naso-lacrimale della via del naso, ed alla eventuale utilità di questo metodo di cura in varie malattie oculari.)** *Riv. Ven. di Sc. Med. 1894. No 3.*

Verf. hält es für zweckmäsig, dass bei gewissen Krankheiten der Bindehaut oder der Thränenwege, z. B. der Dacryocystitis chronica, nachdem die gewöhnlichen Behandlungsmethoden vergeblich versucht worden sind, und bevor man sich, z. B. bei der chronischen Dacryocystitis, zur Perforation des Unguis, zur

Obliteration der Thränenpunkte, zur Cauterisation oder Zerstörung des Sackes entschliesst, dass ein Rhinologe den Fall untersuchen und eine einfache Behandlung von der Nase aus versuchen möge.

Zu dieser nasalen Behandlung ist in erster Linie der Katheterismus des Canalis naso-lacrymalis nothwendig. Verf. beschreibt ganz genau dessen Technik und Instrumentarium. Ref. wünscht ihm, dass er bald über therapeutische Erfolge auf diesem Felde zu berichten im Stande sein möge. TOTI.

42) **Robert Myles. Exostose und Ecchondrom des Vomer. (Exostosis and ecchondroma of the vomer.)** *N. Y. Med. Record. 8. September 1894.*

Nichts von Bedeutung oder Interesse. LEFFERTS.

43) **Lermoyez. Behandlung der Sinus-Entzündungen in Wien. (Traitement des sinusites à Vienne.)** *Annales des maladies de l'oreille, du nez etc. No. 1. 1. Januar 1894.*

Der Verf. führt dem Leser vor, wie die Wiener Rhinologen die Empyeme der Kiefer-, Stirn-, Keilbein- und Siebbeinhöhlen behandeln. Für alle diese Höhlen empfehlen sie die Katheterisirung, zum mindesten die Punction, danach antiseptische Ausspülungen und in hartnäckigen Fällen die Tamponade mit Jodoformgaze. E. J. MOURE.

44) **Lichtwitz** (Bordeaux). **Ueber Krankheiten der Nasennebenhöhlen. (Sulle malattie dei seni o cavitá accessorie del naso.)** *Riv. d. Mal. della Gola. 1894. No. 2, 3 u. 4.*

L. bespricht zuerst die Anatomie und Physiologie der Nebenhöhlen im Allgemeinen und speciell; dann beschreibt er die Krankheiten der einzelnen Höhlen. Die Arbeit bildet eine knappe und ziemlich vollständige Monographie üben den Gegenstand, und ist nicht nur praktischen Aerzten, sondern auch dem Specialisten zur Lectüre zu empfehlen. TOTI.

45) **Hicguet. Klinische Unterhaltung; 3 Fälle von Ethmoiditis. (Entretien clinique. Trois cas d'éthmoidite.)** *Journal de la Policlinique. 15. Januar 1894.*

Mittheilung von 3 Fällen purulenter Ethmoiditis; die ersten zwei Fälle sind mit Caries des Os unguis und Abscess der Orbitalhöhle complicirt. Der Ausgangspunkt war ein acuter Nasenkatarrh, der sich auf die Ethmoidalzellen verbreitet hatte; von Polypen war keine Rede. Von Bedeutung für die Diagnose sei der einseitige Sitz des Schmerzes, an der Nasenwurzel, im Grunde der Orbita, oder am Os unguis; ein Eiterherd am innern Augenwinkel erleichtert die Diagnose, welche sicher gestellt werden könne durch die Bestätigung einer Caries mittelst einer gebogenen Sonde. Die Differentialdiagnose zwischen Frontal- und Maxillarsinusaffectionen oder der purulenten Ethmoiditis ergebe sich durch Ausschluss.

BAYER.

46) **Raoult. Empyem der vorderen Siebbeinzellen mit Nekrose der knöchernen Wandung der Nasenhöhle und mit Fistelbildung; Heilung durch Curettement. (Empyème des cellules ethmoidales antérieures, accompagné de nécrose de la paroi osseuse de la fosse nasale et de fistule interne. Curettage. Guérison.)** *Revue de laryngologie etc. No. 11. 1. Juni 1894.*

Das Kind, von dem in der vorliegenden Mittheilung die Rede ist, musste zweimal operirt werden. **E. J. MOURE.**

47) **F. H. Bosworth. Ethmoidalerkrankung. (Ethmoidal disease.)** *N. Y. Med. Record. 13. October 1894.*

Eine ausgezeichnete und werthvolle Arbeit. Bezüglich der Therapie, also des Punktes, der dem Leser im Allgemeinen am interessantesten und praktisch am wichtigsten ist, sagt der Autor, dass in allen Fällen, in denen die Krankheit in ein chronisches Stadium ohne Eiterung übergegangen ist, zu dem chirurgischen Eingriff geschritten werden sollte. Der intracelluläre Druck muss erleichtert werden durch Eröffnen der Ethmoidalzellen, d. h. durch Abtragung der mittleren Nasenmuschel. Ist Eiterbildung vorhanden, so müssen die vielen Zellen in eine einzige Höhle verwandelt werden — mittelst eines Zahnbohrers oder der Curette — und zwar wieder nach Blosslegung der Zellen durch Entfernung der mittleren Muschel. Dann muss eine gründliche Drainage stattfinden. **LEFFERTS.**

48) **Hajek. Die Krankheiten des Siebbeins und ihre Bedeutung. (Le malattie dell'etmoide e la loro importanza.)** *Rivista delle Mal. della Gola. 1894. No. 8.*

Die Arbeit sucht zu erweisen, dass Siebbeinerkrankungen überhaupt gar nicht so häufig vorkommen, wie manche Autoren neuerdings behauptet haben. Die Ursache dieser unrichtigen Behauptung sei in dem Umstande zu finden, dass man die Diagnose Caries des Siebbeins auf unsichere Zeichen zu stützen sich gewöhnt hätte. Was die Abhängigkeit der Nasenpolypen von Siebbein- oder überhaupt Nebenhöhlenerkrankungen anbetrifft, so ist H. der Meinung, dass die Wahrheit in der Mitte liege, d. h. es können mitunter Polypen unter dem Einfluss des Reizes entstehen, welchen der abfliessende Eiter hervorruft. Dass aber die Polypen immer die Folge einer Nebenhöhlenerkrankung sind, kann Verf. nicht zugeben. Dass andererseits die Polypen die Ursache einer Nebenhöhlenerkrankung abgeben können, lässt sich nicht direct beweisen, ist jedoch anzunehmen.

Endlich weist H. durch anatomische und klinische Thatsachen die Behauptung zurück, dass die typische Rhinitis atrophica foetida immer auf eine Nebenhöhlenerkrankung zurückzuführen ist. **TOTI.**

49) **Depage. Auskratzen des Sin. frontal. und der Ethmoidazellen (Raclage du sinus frontal et des cellules éthmoidales.)** *Journal de Méd., de Chir. et de Pharmacol. No. 49. 1894.*

Vorstellung eines Kranken, bei welchem D. den Sinus frontal. und die Ethmoidalzellen wegen Empyems in Folge von Caries ausgekratzt hatte.

BEYER.

50) **A. E. Adams** u. **J. E. Michols. Ein Fall von Empyem der Stirnhöhle mit ungewöhnlichen Erscheinungen. Exitus. Sectionsbefund. (Empyema of the frontal sinus with unusual conditions. Death. Autopsy.)** *Manhattan Eye and Ear Hospital Reports. Januar 1894.*

Ungewöhnlich an dem Falle war die Lage der Fistel, das Fehlen jeglicher Verletzung in der Anamnese, das Vorhandensein von Nasenpolypen als wahrscheinlicher Ursache der Erkrankung, sowie der schliessliche Ausgang. Der Verf. giebt eine eingehende Krankengeschichte. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

51) **E. Winkler** (Bremen). **Ueber einen Fall von acutem Stirnhöhlenempyem.** *Wiener med. Presse. 1894. No. 35.*

Die schweren Symptome nöthigten W. zur Trepanation der Stirnhöhle von aussen; Ausspritzung. Heilung. Diagnostisch wichtig ist der bei Hammerpercussion in der Stirnhöhlengegend constant auftretende Schmerz. Ueber die Aetiologie der acuten Empyeme herrscht noch Unklarheit; jedenfalls können verschiedene Microorganismen sie veranlassen. Die Sondirung gelang hier nicht, ebensowenig wie die Luftdouche Eiter aus der Höhle beförderte. CHIARI.

52) **J. Frank** u. **S. Kunz. Tuberkulose der Stirnhöhle. (Tuberculosis of the frontal sinus.)** *N. Y. Med. Record. 3. November 1894.*

Der Sinus frontalis wurde mit Hammer und Meissel eröffnet; es fand sich eine gelbliche käsige Masse darin, die mit dem scharfen Löffel entfernt wurde. An der hinteren Wand des Sinus fand sich ein Krankheitsherd, der fast bis an die obere Fläche des Knochens reichte. Bei der Auslöffelung dieses Herdes wurde ein Stückchen Dura blossgelegt. Im rechten unteren Winkel des Sinus fand man einen kleinen Canal, welcher zu einer fluctuirenden Masse am oberen Lid hinleitete. Die Knochentheilchen wurden auf Bacillen untersucht; die käsige Masse und der Krankheitsherd waren aus Versehen weggeworfen worden. Trotzdem keine Bacillen gefunden wurden, scheint doch an der Diagnose kein Zweifel möglich.

Ob nicht von den als Mucocele in der Literatur aufgeführten Fällen möglicherweise einige tuberkulösen Ursprungs waren? Würde man den Höhleninhalt auf Tuberkelbacillen untersuchen, so würde man wohl nach der Verff. Meinung öfter von Tuberculose hören. LEFFERTS.

53) **J. B. Eaton. Ein Fall von Retentionscyste der Stirnhöhle. (A case of retention cyst of the frontal sinus.)** *Journ. Am. Med. Assoc. 22. Sept. 1894.*

Nichts Bemerkenswerthes. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

c. Mundrachenhöhle.

54) **Cramer** (Köln). **Ein seltener Fall von medianer Lippenspalte.** *Centralbl. f. Chirurgie. 39. 1894.*

Bei dem 8 Wochen alten Kinde handelte es sich um einen Defect in der Oberlippe, ohne Spaltung des Gaumens, mit einem knopfartigen harten Gebilde

in der Mitte des harten Gaumens. Dieser letztere könnte die Basis des Vomers oder den reponirten Zwischenkiefer oder einen Gaumenwulst darstellen, die Form der Entwicklungstörung fasst Cr. als eine intrauterin geheilte doppelseitige Spaltbildung des harten Gaumens mit Defect des Zwischenkiefers auf.

SEIFERT.

55) **Schultén** (Helsingfors). **Eine Methode, um Defecte der einen Lippe mit einem brückenförmigen Lappen aus der anderen zu decken.** *Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie. XXXIX. 1. 2. 1894.*

Die von Schultén angegebene Operationsmethode hat den Vortheil, dass die Lippe mit Schleimhaut bekleidet wird, Muskelfasern erhält, welche zum Schliessen des Mundes gehören, dass die Mundöffnung bequem weit wird und keine spannenden, beim Kauen hinderliche Narben entstehen. SEIFERT.

56) **F. Cadell. Ein Fall von Schanker der Unterlippe. (Case of chancre of lower lip.)** *Brit. Med. Journal. 11. Juli 1894.*

Ein Dienstmädchen hatte ein Geschwür der Unterlippe; es hatte seinen Liebhaber geküsst, der ein syphilitisches Geschwür der Oberlippe hatte.

ADOLPH BRONNER.

57) **D. N. Grecq** (Dundee). **Sectionsbefund eines Falles von knöcherner Ankylose beider Schläfen-Kiefergelenke. (Notes on the dissection of a case of osseous anchylosis of both temporo-maxillary articulations.)** *Edinburgh Med. Journal. October 1894.*

Die Krankengeschichte des Falles war nicht aufzutreiben; die anatomischen Ausführungen G.'s sind zu eingehend, um sich für ein kurzes Referat zu eignen.

P. MC BRIDE.

58) **Hicguet. Ein Fall von Nekrose des Unterkiefers. (Un cas de nécrose du maxillaire inférieur.)** *La Policlinique. No. 8. 1894.*

Beinahe vollständige Narcose der beiden horizontalen Unterkieferäste bei einem 6jährigen Kinde; Sequesterextraction; Bemerkungen bezüglich der weiteren Zahnbildung. BAYER.

59) **Graham. Fractur des Oberkiefers. (Fracture of superior maxilla.)** *Edinburgh Med. Journal. August 1894.*

Demonstration des Falles. P. MC BRIDE.

60) **Hicguet. Ueber Maxillarabscesse. Klinische Unterhaltung. (Des abcès des maxillaires. Entretien clinique.)** *La Policlinique. 15. März 1894.*

H. bespricht die Aetiologie und Symptomatologie der Abscesse am Alveolarrand des Oberkiefers und Unterkiefers mit Hinweis auf Beobachtungen von Zahnabscessen der Ober- und Unterkiefer in Folge von Alveolarperiostitis.

BAYER.

61) **G. H. Stover. Ein Fall von Angina Ludovici. (A case of angina Ludovici.)** *Medical News. 21. Juli 1894.*

Der Patient, ein Mann von 66 Jahren, bot die Symptome eines beginnenden

submaxillaren Abscesses der linken Seite dar. Zwei Tage später trat Dyspnoe hinzu, die bald sehr stark wurde und es trat eine starke Schwellung an der linken Tonsille, am weichen Gaumen und den Rachenwänden hervor; zugleich stellte sich ein gefährliches Glottisoedem ein. Die Schleimhaut der Mandel und des Pharynx war nicht hyperämisch und auch von einer Exsudation oder Pseudomembranbildung zeigte sich keine Spur. St. gab 0,6 gr Calomel und liess den Hals alle 15 Minuten mit einer Lösung von Tinct. ferri chlor. (30 Tropf. : 30 ccm Wasser) einsprayen. Nach 5- oder 6-maliger Vornahme dieser Procedur wurde die Athmung leichter und das Oedem liess nach. Später wurde am Mundboden eine nekrotische Stelle, die einen leichten Geruch hatte, constatirt. Dieselbe wurde wiederholt mit Wasserstoffsuperoxyd betupft, wodurch die Nekrose umgrenzt und der Geruch nahezu ganz vernichtet wurde. Das nekrotische Stück stiess sich los und wurde ausgeworfen; wenige Tage nachher war der Patient gesund. Nach St.'s Ansicht ist es die prompte Wirkung der ziemlich starken Eisenlösung, welche die Tracheotomie umgehen liess. **W. J. SWIFT (LEFFERTS).**

62) **v. Stein. Der erste publicirte Fall einer Pharyngitis phlegmonosa acuta durch eine Meningitis purulenta complicirt.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. etc. No. 10. 1894.*

Ein 32jähriger Steinhauer, der unter den Erscheinungen einer rechtsseitigen phlegmonösen Tonsillitis erkrankt war, starb nach einer acuten Schwellung der Parotis- und Nasengegend und subacuten Erscheinungen der Meningitis. Es fand sich bei der Section eine eitrige Infiltration aller Weichtheile der Foss. sphenopalat. links und rechts. Von da aus war der Eiter durch die Fissura orbitalis unter der Dura mater bis in die Gegend des Gangl. Gasseri vorgedrungen; links war die Pia mater der Temporalgegend infiltrirt, und ein Abscess in dem Temporallappen vorhanden. v. Stein glaubt, dass der mitgetheilte Fall unter die Rubrik „primäre infectiöse Phlegmone des Pharynx" gehöre; nur habe sich hier die Entzündung nach oben fortgepflanzt statt nach unten. **SCHECH.**

63) **Emil Meyer. Die Behandlung der folliculären Pharyngitis mit einem Bericht über 20 mit der Rachencurette operirte Fälle. (The treatment of follicular pharyngitis with a report of twenty cases operated upon by the pharyngeal curette.)** *N. Y. Eye and Ear Infirmary Reports. Januar 1894.*

Verf. stellt folgende Schlussfolgerungen auf:

Man kann die gesammte Rachenwand in einer Sitzung curettiren. Das Curettement, in der beschriebenen Weise ausgeführt, ist ohne Gefahr für die gesunden Gewebe; Vernarbung tritt nicht ein; die Heilung erfolgt schnell und ein Recidiv ist ausgeschlossen, da das hypertrophische Gewebe total entfernt ist.

Ueber das Instrument, mit dem M. arbeitet, und die Art seines Vorgehens werden genaue Angaben gemacht. **LEFFERTS.**

64) **Emil Meyer. Die Behandlung der folliculären Pharyngitis. (The treatment of follicular pharyngitis.)** *N. Y. Med. Record. 27. Januar 1894.*

Verf. giebt eine kurze Uebersicht über die Behandlungsmethoden der folli-

culären Pharyngitis, wie sie die verschiedenen Specialisten üben. Manche bevorzugen das eine oder andere Aetzmittel, andere die schneidende Zange u. s. w.; er selbst hat die Galvanocaustik angewendet und empfohlen bis zur Einführung der Gottstein'schen Curette. Mit einer Modification dieser Curette, welche sich der Rachenfläche besser anpasst, hat er seither die zufriedenstellendsten Erfolge bei der Behandlung dieser Fälle erzielt. Der Verf. legt seine Modification der Curette vor und berichtet über das Ergebniss seiner Behandlung an etwa 40 Fällen. In allen erfolgte die Heilung rasch und ohne Complication. Die Operation wurde in einer Sitzung vollendet, die gesammte Rachenwand, soweit sie von Follikeln bedeckt war, curettirt, ohne dass gesunde Schleimhaut berührt wurde. Für die gesunden Gewebe besteht nach M.'s Angaben beim Gebrauch des modificirten Instrumentes keine Gefahr. Narbenbildung findet nicht statt. LEFFERTS.

65) **G. M. Hayward. Acute und hypertrophische Pharyngitis. (Pharyngitis — acute and hypertrophic.)** *North Am. Journ. of Homoeopathy. März 1894.*

Nichts von Interesse. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

66) **S. Jocowlew** (Simbirsk). **Contagiosität der granulösen Pharyngitis. (O sarasitelnosti granulos nawo pharyngita.)** *Protoc obtsch. wratschei w Simbirske. Simbirsk. Tokarew.*

Jacowlew will in 3 Fällen directe Uebertragbarkeit der Pharyngitis granulosa gesehen haben. LUNIN.

67) **C. E. Munger. Pharyngitis. (Pharyngitis.)** *New England Med. Monthly. August 1894.*

Nichts von Interesse. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

68) **Wm. C. Glasgow. Ein Fall von exsudativer Pharyngitis. (A case of exudative pharyngitis.)** *N. Y. Med. Journal. 27. October 1894.*

Abdruck eines auf dem 16. Jahrescongress der American Laryngological-Association gehaltenen Vortrags; Referat folgt im Verhandlungsbericht.

LEFFERTS.

69) **H. M. Thomas. Rachenmykose. (Pharyngo-mycosis.)** *Kansas City Med. Record. Januar 1894.*

Nichts Bemerkenswerthes. Th. berichtet über einen Fall.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

70) **H. M. Thomas. Rachenmykose. (Pharyngo-mycosis.)** *N. Y. Med. Record. 6. Januar 1894. Journal Am. Med. Assoc. 27. Januar 1894.*

Die beste Therapie ist nach Th. die Einführung der Spitze des Galvanokauters in die Krypten der Tonsillen. Anfangs punctirt Th. nur 3—4 Stellen in jeder Sitzung, später, wenn der Pat. gegen diesen Reiz toleranter geworden ist, 8—10. Der Eingriff wird 3 Mal in der Woche wiederholt.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

71) **W. C. Glasgow. Rachenmykose. (Mycosis of the pharynx.)** *Cincinnati Med. Journal. Februar 1894.*

Dies Leiden ist selten, seit dem Auftreten der Influenza jedoch häufiger geworden. Verf. sah im ganzen 8 Fälle, 6 davon seit 1890. Das beste Mittel dagegen ist gesättigte Borsäurelösung. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

72) **J. K. Hamilton** (Adelaide S. Australia). **Rachenmykose. (Pharyngo-mycosis.)** *Australian Med. Gazette. 15. Juni 1894.*

H. giebt eine recht vollständige Uebersicht über die Literatur dieser Krankheit und bespricht dann ihre Symptomatologie, Bakteriologie und ihre Therapie. Er selbst hat aus den pharyngomykotischen Herden 2 Mikroorganismen gezüchtet, einen Micrococcus, der als Staphylococcus pyogenes albus sich charakterisirte und einen Bacill, der Leptothrix-Fäden bildete.

Wo bei Rachenmykose vergrösserte Tonsillen vorhanden sind, da ist die Entfernung des überschüssigen Gewebes dringend zu empfehlen. Die beste Behandlungsweise ist die, die Galvanokauterspitze in jeden kleinen Heerd besonders einzuführen. H. erwähnt den Semon'schen Fall, der durch Applicationen von Kalium chloratum und Acidum tannicum geheilt wurde [Ich selbst habe das „post hoc" in diesem Falle nie als „propter hoc" aufgefasst. F. S.]; er vertritt aber die Meinung, dass auch die allerstärksten Antiseptica nicht den geringsten Einfluss auf die mykotische Erkrankung haben. A. T. BRADY.

73) **M. M'Farlane. Die Rachensyphilis und ihre lokale Behandlung. (Pharyngeal syphilis and its local treatment.)** *Dominion Med. Monthly. Januar 1894.*

Nichts von Interesse. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

74) **J. H. Raymond. Ein Fall von diphtheroidem Schanker an der hinteren Rachenwand. (Case of diphtheroid chancre on the posterior wall of the pharynx.)** *Journ. Am. Med. Assoc. 24. Februar 1894.*

Es ist diese Localisation des Schankers von allen vorkommenden die seltenste; da anamnestisch und auch im sonstigen Befunde nichts für Syphilis sprach, wurde das Geschwür anfangs für diphtheritisch gehalten. Culturen von demselben gingen jedoch nicht an. Schliesslich erschienen auch die Allgemeinsymptome der Lues und Pat. gab zu, perversen sexualen Neigungen zu fröhnen.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

75) **Krecke. Eine besondere Form von syphilitischer Granulationsgeschwulst im Rachen.** *Münchn. med. Wochenschr. No. 47. 1894.*

Bei einem 53jährigen Manne, der 19 Jahre vorher syphil. Geschwüre im Rachen gehabt hatte, bildeten sich auf der hinteren Rachenwand zwei über taubeneigrosse rundliche sehr consistente Tumoren, von denen sich der eine bis auf den Kehlkopfeingang herablegte und Dyspnoe erzeugte. Eine ähnliche Neubildung fand sich in der linken Nase vom Septum ausgehend. Da der Verdacht einer malignen Neubildung vorlag, wurde die mikroskopische Untersuchung eines excidirten Stückes des Tumors vorgenommen, dieselbe bestand aber nur aus Rundzellen. Durch eine Jodkalicur verkleinerten sich die Geschwülste bis auf Erbsengrösse.

SCHECH.

76) **J. O. Chase. Congenitale syphilitische Adhäsionen des Gaumens, Nasenrachens, der hinteren Rachenwand, Epiglottis und des Larynx. (Congenital syphilitic adhesions involving the palate, naso-pharynx, posterior pharyngeal wall, fauces, epiglottis and larynx.)** *Journal Ophth., Otology and Laryngology. Januar 1894.*

Verf. constatirte bei seinem Pat. folgendes: Die Zähne waren schwarz und brüchig; der Schlund fast ganz abgeschlossen durch ein narbiges Gewebe und durch die ausgedehnten Adhäsionen, welche den weichen Gaumen mit der hinteren Rachenwand vereinigten und den Nasopharynx vollständig obstruirten. Die Uvula fehlte; gerade rechts neben der Mittellinie zog ein knorpelartig fester Gewebsstreifen vom weichen Gaumen zum Zungenrücken; derselbe dehnte sich seitwärts bis zur rechten Tonsille hin aus. Links von der Mittellinie war die hintere Zungenfläche direct mit der hinteren und der seitlichen Rachenwand verwachsen. Auf diese Weise war der Zugang zum Kehlkopf und zum Oesophagus sehr verengt. Eine laryngoskopische Untersuchung war nicht möglich, die Einführung eines gewöhnlichen Kehlkopf-Instrumentes dagegen gelang ohne Schwierigkeiten.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

77) **E. Larue Vansant. Ein Fall von syphilitischer narbiger Adhäsion der Zunge an den Gaumen und die Rachenwände, mit Bemerkungen über die Operation. (A case of syphilitic cicatricial adhesion of the tongue to the palate and pharyngeal walls with notes of operation.)** *Philad. Med. News. 1. December 1894.*

Nach wiederholten erfolglosen operativen Eingriffen starb der Pat. an Schwäche infolge von mangelhafter Ernährung und an Luftmangel. Der Verf. bemerkt, dass, so verschieden die einzelnen Operationen nach Art und Ausdehnung waren, die Zeit, die nothwendig war bis zur Ausbildung der Narbe, bei allen dieselbe war, nämlich 6—8 Wochen. Sodann aber begann stets die Retraction des Narbengewebes. Daraus wird die Nothwendigkeit einer lange fortgesetzten Nachbehandlung klar. Diese hat in der Erweiterung des Orificiums und vielleicht in der von Zeit zu Zeit zu wiederholenden Zerstörung der neugebildeten Narbe zu bestehen; sie nimmt viele Monate in Anspruch. LEFFERTS.

78) **Garel** (Lyon). **Narbige Strictur des Rachens syphilitischen Ursprungs. (Stenose cicatricielle du pharynx d'origine syphilitique.)** *Soc. des sciences méd. de Lyon. December 1894.*

Der Pat. bot eine doppelte Stenose des Pharynx dar. Die obere erste war die Folge einer Adhäsion des Velums an der hinteren Wand des Rachens. Die Communication des Mundes mit dem Nasenrachenraum war nur noch durch eine Oeffnung vermittelt, deren grösster Durchmesser nicht 8—10 mm überstieg. Die zweite untere Stenose war durch eine Verwachsung der Gaumenbögen mit der Basis der Zunge verursacht; die Communicationsöffnung mit dem Munde und der Speiseröhre war auf eine Länge von 15 mm und eine Breite von 4—5 mm beschränkt. Trotz dieser starken Umgestaltung der Theile waren die Athmung und das Schlucken nur wenig beeinträchtigt. LUC.

79) **J. O. Roe. Fibrolipom des Rachens. (Fibro-lipoma of the pharynx.)** *Journ. Am. Med. Assoc. 29. September 1894.*

Das Hauptsymptom bei der 49jährigen Frau war eine seit 9 Monaten bestehenden Dysphagie. Die Geschwulst ragte von der hinteren Knochenwand vor und füllte den Pharynx nahezu aus; sie reichte von der Stelle gegenüber der Uvula bis hinab in die Gegend der Aryknorpel, in seitlicher Richtung von einem Gaumenbogen bis zum anderen. Der Tumor wurde stückweise abgetragen; er erwies sich als eine Mischung von weichem Lipom und Fibro-Lipom; die rein fettigen Theile waren mehr oder weniger verflüssigt.

Ein ganz ähnlicher Fall ist von Taylor (London, Lancet 1876. Vol. II. p. 685) mitgetheilt. **W. J. SWIFT (LEFFERTS).**

80) **Montaz. Lymphadenom des Rachens. (Lymphadenome du pharynx.)** *Dauphiné médical. Juli 1894.*

11jähriges Kind, wegen Larynxdiphtherie im Alter von 4 Jahren tracheotomirt. Vor 1 Jahre wurde im Anschluss an galvanocaustische Aetzungen wegen Mandelhypertrophie der Zustand erheblich verschlimmert. Das Lymphadenom verbreitete sich über die Gaumenbögen und das Gaumensegel. Zur Linderung der Athemnoth musste die Tracheotomie gemacht werden, die auch momentan Besserung brachte. Allmählich füllt sich der Rachen mit Geschwulstmassen, die Zunge wird nach aussen gedrängt wie bei Makroglossie. Der Pat. stirbt in einem Erstickungsanfall.

A. CARTAZ.

81) **R. H. Herrold. Retropharyngealabscess. (Retropharyngeal abscess.)** *Journal Am. Med. Assoc. 20. Januar 1894.*

Die Symptome bei der 22jährigen Patientin bestanden in pharyngealen Spasmen und in Würgbewegungen mit Cyanose. Bei der Untersuchung mit dem Finger fand man nichts pathologisches. Antispasmodische Mittel blieben ohne Effect. Beim Bemühen, ein Pulver einzunehmen, barst der Abscess, der, wie sich später herausstellte, sehr tief gelegen war. Die Pat. verlor das Bewusstsein und starb. Die gesammten Symptome hatten nur 35 Stunden gedauert.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

82) **Berg. Retropharyngealabscess. (Retro-pharyngeal abscess.)** *N. Y. Med. Journal. 24. März 1894.*

Berg unterscheidet 2 Formen dieser Abscesse, die acuten und chronischen; die letzteren sind abhängig von einer Erkrankung der Wirbelkörper und der Intervertebralscheiben. Bei beiden Formen ist der Rachen derart vorgewölbt, dass die Stimme klossig oder nasal und auch die Athmung behindert wird. Bei der acuten Form besteht Schmerz und die Geschwulst liegt mehr oder weniger oberflächlich; sie soll durch eine Incision an der hinteren Rachenwand eröffnet werden. In den chronischen Fällen, die durch die Pott'sche Wirbelerkrankung bedingt sind, sammelt sich der Eiter hinter dem Ligamentum commune antor. vertebrarum und der Praevertebralfascie an, die schwer zu durchbrechen ist und die den Eiter hinter den Carotisgefässen zu den hinteren Halsdreiecken hin leitet. Die Behand-

lung muss beides in Angriff nehmen, die Wirbelerkrankung, wie den Abscess selbst. Für die erstere sind Ruhe in Rückenlage und Immobilisirung durch geeignete Apparate indicirt. Die Gefahren der Blutung und des Glottisoedems, welche die Lage des Abscesses mit sich bringt, indiciren dessen sofortige Entleerung, welcher Ansicht man auch sonst bezüglich der Eröffnung kalter Abscesse sein mag. Aus manchen Gründen ist eine Eröffnung von aussen her, vom vorderen oder hinteren Rande des Sternocleidomastoideus, vorzuziehen; ist diese nicht ausführbar, so mag man auch vom Pharynx aus eingehen u. z. mittelst Aspirator, Trocart, Canüle oder cachirtem Messer. Von diesen Instrumenten zieht Verf. den Aspirator vor; nach der Entleerung spült er die Abscesshöhle mit einer Lösung von Jodoform in Oel oder Aether aus. **LEFFERTS.**

83) **H. W. Berg. Die Ursachen, Symptome und die Pathologie des Retropharyngealabscesses. (Causation, pathology and symptoms of retropharyngeal abscess.)** *N. Y. Med. Record. 28. April 1894.*

Für den Orthopäden und Chirurgen bedeutet der unter dem Namen des Retropharyngealabscesses bekannte Process stets eine Erkrankung der oberen Halswirbel oder des basilaren Theiles des Hinterhauptbeins. Dem Kliniker aber begegnet dieses Leiden sehr viel häufiger als Complication ganz anderer Krankheiten. Mit der Differentialdiagnose zwischen diesen beiden verschiedenen Arten von Retropharyngealabscessen, den von Knochenerkrankung abhängigen und den ohne solche verlaufenden, beschäftigt sich B.'s Aufsatz. Beide Arten sind wie in ihrer Aetiologie, so auch in ihrer Pathologie und Symptomatologie und auch in therapeutischer Hinsicht sehr verschieden. **LEFFERTS.**

84) **W. R. Townsend. Die Behandlung des Retropharyngealabscesses infolge von Pott'scher Krankheit. (Treatment of retropharyngeal abscess due to Pott's disease.)** *American Medico-Surgical Bulletin. 15. April 1894.*

Welcher Anschauung man auch betreffs der Behandlung von Abscessen infolge von Pott'scher Krankheit an anderen Körperstellen sein mag, ob man sie nicht berührt wissen, oder sie aspirirt oder eröffnet haben will, für die Retropharyngealabscesse muss man die Entleerung fordern, denn sie können durch ihren Druck Erstickung verursachen oder können durch Entstehung von Oedem oder durch Arrosion der Carotis zum Exitus führen. Die Eröffnung des Abscesses ist möglich 1. vom Pharynx, 2. vom Halse aus. Die erstgenannte Methode sollte in Fällen von Pott'scher Krankheit so selten wie möglich gewählt werden u. z. aus verschiedenen Gründen: 1. kann man selbst in günstigen Fällen nur etwa 3 Wirbel bloslegen und die Untersuchung bleibt darum stets unvollkommen; 2. kann man die Wunde nicht rein und aseptisch halten und auch die Drainage ist nur unvollkommen, bisweilen gar nicht durchzuführen; 3. der erkrankte Knochen lässt sich nur schwer auf diesem Wege eruiren und entfernen; 4. es besteht stets die Gefahr, dass der Eiter oder Knochen-Detritus in Lungen oder Magen geräth und dort weitere Störungen verursacht. — Die Operationsmethode vom Halse aus wird eingehend beschrieben. **W. J. SWIFT (LEFFERTS).**

85) **Pitts. Wie soll man den postpharyngealen Abscess bei Kindern incidiren. (How to incise post-pharyngeal abscess in children.)** *N. Y. Medical Record. 20. Januar 1894.*

Compression der Luftröhre in der Höhe des Halses kann bei Kindern verursacht werden durch Abscess, vergrösserte Drüsen, Kropf oder Einklemmung eines Fremdkörpers im Oesophagus. Was den postpharyngealen Abscess anlangt, so ist jetzt allgemein anerkannt, dass es besser ist ihn vom Halse aus, als vom Munde aus zu eröffnen, besonders wenn der Abscess von Wirbelerkrankungen abhängig ist und die Secretion fortdauert. Ist die Athemstörung eine sehr grosse und die Eröffnung vom Halse aus voraussichtlich längere Zeit in Anspruch nehmend, so mache man zu allererst die Tracheotomie. Die Intubation erscheint contraindicirt, weil möglicherweise die Lagebeziehungen zwischen Larynx und Trachea gestört sind. Verschiebt man die Radicalbehandlung, so können die Drucksymptome zunehmen, oder es kann Glottisoedem eintreten, oder schliesslich der Abscess kann von selbst bersten und das Kind ersticken, was besonders zu fürchten ist, wenn der Durchbruch während des Schlafes erfolgt. Bei Kindern unter 1 Jahr sind diese Abscesse meist nicht die Folge von cervicaler Caries, sondern durch anderweitige Ursachen bedingt, wie Entzündung der praevertebralen Lymphdrüsen; oder die Abscesse sind secundäre Erkrankungen nach Tonsillitis, Ohrerkrankung, Nasopharyngitis u. a. m. Von 204 Fällen, die Bokai im Pester Kinderspital sammelte, waren nur 7 auf Wirbelcaries zurückzuführen.

LEFFERTS.

86) **J. Reverdin. Die Eröffnung kalter Retropharyngealabscesse vom Halse aus. (Ouverture des abscès froids retro-pharyngiens par le cou.)** Congrès de Chir. de Lyon. *Semaine médic. 17. October 1894.*

R. bedient sich des Burckhardt'schen Verfahrens, Incision vorn seitlich, am vorderen Rand des Sternocleidomastoideus entlang. Von 3 Patienten, die er auf diese Art operirte, sämmtlich an Pott'scher Krankheit leidend, wurde der eine von seinem Abscess und vom Malum Pottii geheilt; einer starb nach 4 Monaten an der vorschreitenden Tuberkulose; der letzte endlich, der in extremis zur Operation kam, starb schon am nächsten Tage.

A. CARTAZ.

87) **Botey. Paraesthesien in Rachen, Kehlkopf und Nase bei Neurasthenikern. (De la paresthésie pharyngo-laryngienne et nasale chez les neurasthéniques.)** *Revue de laryngologie, otologie etc. No. 18. 15. September 1894.*

Verf. beschreibt die Symptome dieser Erkrankung, die er häufig beobachtet hat und die gewöhnlich gegen die Localbehandlung sehr hartnäckig ist.

E. J. MOURE.

88) **Magnan. Symptome von Seiten des Rachens bei echter Tabes. (Symptomes pharyngés dans le tabes vrai.)** *Thèse de Lyon. 1894.*

M. publicirt einen von Courmont beobachteten Fall (vgl. Ref. 89) und bespricht die verschiedenen Rachensymptome, die bei Tabes vorkommen. Er stellt dabei eine Reihe von Fällen zusammen, die von Jean, Lizé, Oppenheim u. a. mitgetheilt sind.

A. CARTAZ.

89) **Courmont. Spastische Krisen im Pharynx bei Tabikern. (Crises de spasme pharyngé chez les tabetiques.)** *Revue de Médecine. September 1894.*

C.'s Fall betrifft einen Mann von 62 Jahren, nicht syphilitisch, bei dem der Anfang der tabischen Symptome bereits 20 Jahre zurücklag. Jetzt war die Tabes deutlich manifest; Larynxkrisen bestanden nicht, ebensowenig Anaesthesie der Nasen- oder Kehlkopfschleimhaut. Der Kranke kam in's Spital wegen eines Krampfes im Halse, der seit 3 Tagen bestand. Sobald er den geringsten Tropfen Wasser nimmt, erfährt er eine Constriction des Halses, dass er zu ersticken fürchtet; dabei kein Larynxspasmus. Durch eine Suspension von $1^1/_2$ Minuten Dauer wird der Krampf sofort beseitigt, der Kranke kann alsbald Nahrung nehmen und die Krisen sind seither nicht wiedergekehrt. Ein Krampf des Oesophagus war durch Einführung der Sonde ausgeschlossen worden. A. CARTAZ.

90) **Mac Ardle. Mediastinitis im Anschluss an eine perforirende Rachenwunde. (Perforating wound of pharynx causing mediastinitis.)** Royal Academy of Medicine of Ireland. — *Lancet. 14. April 1894. Dublin Journal of Medical Scienc. Juli 1894.*

Ausführliche Krankengeschichte. ADOLPH BRONNER.

d. Diphtheritis und Croup.

91) **F. P. Atkinson** (Surbiton). **Die Aetiologie der Diphtheritis. (The etiology of diphtheria.)** *Edinburgh Med. Journal. Mai 1894.*

Nichts von Bedeutung. P. MC. BRIDE.

92) **E. J. Davis. Neuere Untersuchungen über das specifische Diphtheriegift und seine Wirkung. (Recent research respecting the specifing poison of diphtheria and its action.)** *Northwestern-Lancet. 15. April 1894.*

Nichts Originelles. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

93) **Made. P. Bonnier. Die Nothwendigkeit der bakteriologischen Untersuchung für die Diagnose der diphtheritischen Anginen. (De la nécessité de l'examen bacteriologique pour le diagnostic des angines diphtheritiques.)** *Thèse de Paris. 1894.*

Eine sorgfältige Studie über die verschiedenen Arten von pseudomembranöser Angina. Verf. weist nach, dass es ausser der bakteriologischen Untersuchung kein pathognomonisches Zeichen giebt, an dem man die diphtheritische Natur einer Angina erkennen könnte. Zum Schluss werden die Methoden zur sicheren und schnellen bakteriologischen Untersuchung der Membranen besprochen.

A. CARTAZ.

94) **N. Sacharow** (Kasan). **Bakteriologische Diagnose der Diphtheritis. (O raspesnawanii diphtherita pomotschiu bacteriologitscheskawo essledowanija.)** *Med. obosr. 1894. No. 22.*

S. hat in allen Fällen von Diphtheritis den Löffler'schen Bac. gefunden und empfiehlt als Nährboden Hühnereiweiss. LUNIN.

95) **G. Variot** (Paris). **Bemerkungen über die bakteriologischen Untersuchungen zur klinischen Erforschung der Diphtherie. (Remarques sur les recherches bactériologiques appliquées à l'étude clinique de la diphthérie.)** *Journal de méd. et therap. infantiles. 10. Mai 1894.*

V. zeigt, dass die Bakteriologie nicht ausreicht, um eine Prognose der Anginen und Membranen zu begründen. Er sah Anginen mit Löffler'schem Bacill, die gutartig waren, circumscript blieben und schnell heilten. Im Gegensatz dazu können Streptokokken-Anginen sehr contagiös werden. Verf. citirt eine Beobachtung, dass ein kleiner Knabe von 3 Jahren zuerst erkrankte, dann die 11jährige Tochter, die Mutter und schliesslich noch die Köchin angesteckt wurden. In allen 4 Fällen blieb die Untersuchung auf Diphtheriebacillen negativ, es fanden sich nur Streptokokken. Trotzdem war die Angina sehr schwer und die Membranen recht umfangreich.

A. CARTAZ.

96) **Escherich** (Graz). **Zur Pathogenese der Diphtherie.** Vortrag, gehalten am XI. internat. Congresse zu Rom. — *Wiener klin. Wochenschr. 1894. No. 22.*

E. stellt 4 Thesen auf. 1. Zum Zustandekommen der diphtheritischen Erkrankung ist ausser dem Bacillus noch eine specifische Empfindlichkeit der Gewebe nöthig.

2. Der Verlauf der Einzelnerkrankung hängt nicht von dem Virulenzgrade und der Zahl der eindringenden Bacillen ab, sondern von der Giftempfindlichkeit des Individuums.

3. Auch andere, selbst saprophytische Bakterien und ihre Stoffwechselproducte, können die Ausbreitung und den Verlauf der Diphtherie beeinflussen. Bekannt ist die Secundär-Infection mit Streptokokken, die die septische Diphtherie veranlasst. Mundbakterien, Staphylokokken-Arten, hingegen schädigen die Diphtheriebacillen etc.

4. Die Heilung erfolgt durch Immunisirung des Organismus, da im Rachen noch nach Schwund der Membranen vollvirulente Diphtheriebacillen sich finden. Die Immunität dauert aber nicht lange. Näheres im Sitzungsberichte.

CHIARI.

97) **Beverley Robinson. Gruben-Gas als Ursache von Halskrankheit. (Sewer Gas as a cause of throat disease.)** *N. Y. Med. Journal. 9. Juni 1894.*

Verf. hält es für erwiesen, dass diphtheriekranke Personen schwerer betroffen werden, wenn sie gezwungen sind, ständig die schlechten Abzugsgase einzuathmen. Nach seiner Meinung wird Jemand, der zu Halscatarrhen geneigt ist, einen Entzündungsanfall bekommen, sobald er dem Grubengas ausgesetzt war.

Dr. William H. Welch ist im Gegensatz hierzu durch seine Beobachtungen dazu geführt, einen Zusammenhang zwischen der Diphtherie und den Grubenausdünstungen vollständig zu leugnen.

LEFFERTS.

98) **J. Jones. Beitrag zur Naturgeschichte und Behandlung der Diphtherie in den Vereinigten Staaten, im Besonderen in New Orleans. La. (Contribution to the natural history and treatment of diphtheria in the United States and more especially in New Orleans. La.)** *Virginia Med. Monthly. April 1894.*

Ein Auszug aus einem Bericht an die Americ. Med. Assoc. vom Jahre 1865,

aus dem hervorzugehen scheint, dass die Fortschritte, die in den letzten 28 Jahren gemacht wurden, besonders bezüglich der besten Behandlungsmethode, nicht sehr erhebliche sind.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

99) **Berthelot. Ein diphtheritischer Herd in Saint Oven, entstanden durch ein Kind aus Chagny. (Foyer diphthérique créé à Saint Oven par un enfant venu de Chagny.)** *Journal de clin. infant. 6. Juli 1894.*

Verf. weist die Entstehung einer kleinen Diphtheritis-Epidemie nach.

A. CARTAZ.

100) **G. Variot. Eine Diphtheritis-Epidemie in einer kleinen Stadt der Bourgogne. (Une epidemie de diphthérie dans une petite ville de Bourgogne.)** *Journ. de clin. et therap. infantiles. 19. Juli 1894.*

Die Geschichte der schweren Epidemie ist von grossem Interesse. In Chagny, einem Städtchen der Bourgogne, zählte man bei insgesammt 4500 Einwohnern innerhalb 6 Monaten 700 Fälle, fast durchgehends bei Kindern, mit 60 Todesfällen. Die toxischen und gangränösen Formen der Erkrankung waren recht häufig.

A. CARTAZ.

101) **Louis Fitzpatrick. Diphtheritis. (Diphtheria.)** *Austral. Med. Gazette. 15. April 1894.*

Während des Mai und Juni v. J. behandelte Verf. 8 Fälle von Diphtherie, die plötzlich in gesunden Gegenden 30—50 Meilen entfernt auftraten (der australische Landarzt hat weite Tagestouren zu machen). Diphtheriefälle waren an diesen Orten sonst nicht vorgekommen, doch litt das Geflügel an einer membranösen Erkrankung des Schnabels und Halses, in der vielleicht der Ausgangspunkt für die menschlichen Infectionen zu suchen war.

A. T. BRADY.

102) **S. W. Wheaton** (London). **Gewisse Affectionen der Schleimhäute und ihre Beziehungen zur Diphtheritis. (Certain affections of the mucous surfaces and their relations with diphtheria.)** *British Medical Journal. 21. April 1894.*

In diesem am 21. März 1894 vor der Epidemiological Society gehaltenen Vortrag berichtete W. über 150 Fälle einer eigenthümlichen Schleimhauterkrankung, die er im Laufe der letzten vier Jahre im südlichen Theile von London beobachtet hatte. Ueber 30 derselben besass er genaue Notizen. Die allgemeinen Symptome waren: hohes Initialfieber, Röthung und Schwellung des Gesichts, Vergrösserung der Drüsen, welche auch nach der Reconvalescenz anhielt, und grosse Schwäche. Die Tonsillen blieben häufig unafficirt, während ein constantes Symptom durch lebhaft rothgefärbte Flecken am weichen Gaumen und den Fauces gebildet wurde, auf welchen sich ein Häutchen bildete, welches bald verschwand und eine sammtartige Oberfläche zurückliess. Dieses Häutchen bestand fast ausschliesslich aus geschwollenem Epithel, und trug nicht den fibrinösen Charakter der diphtheritischen Pseudomembran. In keinem Falle folgten Paralysen, und kein Fall endete tödtlich; in einigen Fällen aber war kein Kniereflex vorhanden. Das Leiden wurde offenbar durch den Schulbesuch weiter verbreitet. In keinem

dieser Fälle war der Diphtheriebacillus gefunden worden, und nur ein einziger Mikrob fand sich constant in ihnen, nämlich ein Coccus in gelben Colonien. Der Vortragende verbreitete sich ausführlich über die Differenzen dieses Leidens von der echten Diphtheritis.

In der Discussion traten fast sämmtliche Redner den Ausführungen des Vortragenden entgegen, und erklärten ihre Ueberzeugung dahin, dass es sich um Fälle von milder Diphtheritis gehandelt habe; nur der Präsident (Dr. Payne) war der Ansicht, dass Dr. Wheaton in der That eine bisher unbekannte Krankheit beschrieben habe. SEMON.

103) **W. R. Heyhman. Diphtheritis. (Diphtheria.)** *Kansas City Med. Record. April 1894.*

Nichts Neues. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

104) **Newton Pitt** (London). **Diphtheritis. (Diphtheria.)** *British Med. Journ. 5. u. 26. Mai 1894.*

Die Hunterian Society widmete im April und Mai zwei Abende einer von Dr. Pitt eingeleiteten Discussion über die Aetiologie, Bakteriologie, Symptomatologie, pathologische Anatomie, Hygiene nnd Behandlung der Diphtheritis, an welcher ausser dem Vortragenden die Herren Goodall, Sydney Martin, George Turner, St. Clair B. Shadwell, Washbourn, S. J. Smith, Sharp, Walter Carr, H. J. Sequeira, Arthur Davis theilnahmen. Aus dem obigen kurzen Inhaltsverzeichniss geht schon hervor, dass es ganz unmöglich ist, einen Auszug über die mannigfaltigen Punkte von Interesse zu bringen, die in der Discussion berührt wurden, und welche sämmtlich zeigten, wie weit noch heute die Ansichten über fast sämmtliche genannte Fragen auseinandergehen. Interessenten müssen auf das Original verwiesen werden. SEMON.

105) **H. Hathaway. Bericht über einen Fall von Diphtheritis. (Report of a case of diphtheria.)** *Toledo Med. and Surg. Reporter. Januar 1894.*

Nichts von Interesse. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

106) **B. H. Detwiler. Croup und Diphtherie. (Croup and diphtheria.)** *N. Y. Med. Record. 7. Juli 1894.*

Verf. hält an der Dualität beider Erkrankungen fest. Auf der anatomischen Grundlage der Verschiedenheit des Flimmerepithels der vocalen Theile und des Schuppenepithels in Schlund und Rachen construirt er auch eine Verschiedenheit der Entzündungsprodukte und ihrer diagnostischen Zeichen. Seine Behandlungsmethode empfiehlt ausgiebige Ableitung durch Schröpfen nach Eintritt von Cyanose, Cantharidenpflaster und innerlich Calomel. LEFFERTS.

107) **W. C. Chapman. Membranöser Croup mit Krankengeschichten. (Membranous croup with report of cases.)** *Med. Progress. Juli 1894.*

Nichts Bemerkenswerthes. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

108) **Gayton. Typhöses Fieber complicirt mit Diphtherie; Tracheotomie; Heilung. (Enteric fevér complicated with diphtheria. Tracheotomy. Recovery.)** *Lancet. 5. Mai 1894. Philad. Med. News. 16. Juni 1894.*

18 Tage nach dem Beginne des Typhus stellte sich Heiserkeit ein; am nächsten Tage bestand Stridor; er war keine Membran sichtbar, jedoch musste am 3. Tage die Tracheotomie gemacht werden. 2 Tage darauf kam ein kleiner Trachealausguss zum Vorschein. Es bestand leichte Albuminurie.

ADOLPH BRONNER.

109) **Funk** (Brüssel). **Experimentelle Studien über die Frage der Mischinfection bei Diphtherie.** *Zeitschr. f. Hygiene. XVII. 3. 1894.*

Versuchsthieren (Meerschweinchen) wurden nach vorheriger Einverleibung hinreichender Mengen von Heilserum Diphtheriegift (bezw. lebende Diphtherieculturen) und Streptokokken gleichzeitig eingespritzt. Die Resultate dieser Versuche zeigen, dass bei gleichzeitiger Injection die Streptokokken auf Diphtheriebacillen einen Einfluss der gesteigerten Giftbildung ausüben, dass aber dieser Einfluss nicht so beträchtlich ist, als die Autoren bisher angenommen haben. Ferner ändert die gleichzeitige Anwesenheit von Streptokokken in keiner Weise die specifische Beeinflussung des Diphtheriegiftes.

SEIFERT.

110) **A. Caillé Diphtheritis im Anschluss an die Tonsillotomie. (Diphtheria following diphtheria.)** *N. Y. Med. Record. 2. Juni 1894.*

Die Pseudomembran breitete sich in dem von C. mitgetheilten Falle sehr rasch von den frischen Schnittflächen der Tonsillen auf die Glottis aus. Nach der Intubation und einer forcirten Ernährungstherapie wurde der Kranke sehr schnell wieder gesund. Die Ursache sieht Verf. in einer Infection aus des Kindes eigenem Munde, vielleicht von cariösen Zähnen aus; die bei der Operation gebrauchten Instrumente waren sorgfältig sterilisirt. Es ist festgestellt worden, dass 8 pCt. anscheinend gesunder Personen Diphtheriekeime im Munde tragen. Es ist deshalb in jedem Falle vor der Operation eine gründliche antiseptische Irrigation vorzunehmen.

Jacobi erinnert daran, dass er schon öfter vor der Gefahr der diphtheritischen Infection von Wundflächen gewarnt habe. Bei der Vergesslichkeit der Aerzte sei diese Warnung immer von Neuem zu wiederholen und zwar Aerzten wie Laien. Zur Zeit einer Diphtheritisepidemie soll man überhaupt im Halse nicht operiren.

Koplik sieht in den Bestehen einer Epidemie an sich kein Hinderniss für die Operation. Die in den Crypten der Tonsillen verborgenen Keime sind oft ohne Virulenz, die Leukocyten zerstören sie, Blut- und Lympheinwirkung raubt ihnen ihre Giftigkeit. Nur solle man streng antiseptisch vorgehen und die Infection im Einzelfalle verhüten.

LEFFERTS.

111) **William Watson** (Glasgow). **Die Verhütung und Behandlung der Diphtheritis, illustrirt durch Krankengeschichten; mit besonderer Bezugnahme auf die Entfernung der Mandeln. (The prevention and treatment of diphtheria**

with illustrative cases; having special reference to removal of the tonsils.) *Glasgow Med. Journal. Juli 1894.*

Es wird die Entfernung schlechter Zähne, der Mandeln und adenoider Wucherungen empfohlen. W. räth zur Abtragung der Mandeln selbst während der Diphtherieattacke; er rechtfertigt diesen Rath durch Krankengeschichten und Statistiken. P. MC BRIDE.

112) **G. L. Cole. Bemerkungen über die Diphtheritisbehandlung. (Remarks on treatment of diphtheria.)** *Southern California Practitioner. Januar 1894.*

Verf. empfiehlt einen Dampfspray von Kalilauge in Kalkwasser 1:40.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

113) **M. W. Price. Behandlung der Diphtheritis. (Treatment of diphtheria.)** *Southern California Practitioner. April 1894.*

Nichts Neues. W. J. SWIFT (LEFFERTS.)

114) **J. Jones. Persönliche Erfahrungen über die Diphtheritis in New Orleans, La. 1868—1894: der Fortschritt unserer Kenntnisse von der Natur und der Behandlung dieser Erkrankung in den letzten 25 Jahren. (Personal experience with reference to diphtheria in New Orleans, La. 1868—1894: also progress of discovery with reference to the nature and treatment of this disease during the past 25 years.)** *Virginia Med. Monthly. Mai 1894.*

Nichts von besonderem Interesse. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

115) **Tiburtius** (Rixdorf). **Beitrag zur Diphtherie-Behandlung.** *Der prakt. Arzt. No. 12. 1894.*

Hefelösung zur Ausspülung der Nase oder Menthol-Spray. SEIFERT.

116) **G. Lemière. Die Behandlung der Diphtherie. (The treatment of diphtheria.)** *N. Y. Med. Journal. 9. Juni 1894.*

Ein Hinweis auf eine kritische Uebersicht von L. über die verschiedenen Beiträge zur periodischen Literatur der Diphtheritistherapie, die im Journal des scienc. med. de Lille (10. Februar 1894) erschienen ist. LEFFERTS.

117) **O. Stanbury. Diphtheritis. (Diphtheria.)** *Occidental Med. Times. Juni 1894.*

St. empfiehlt folgenden Spray:

Ol. Eucalypti	7,50
Natrii benzoic.	3,75
Natrii bicarbonic.	7,50
Aq. calcis	30,0

S. Jede halbe Stunde 5 Minuten lang einzustäuben.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

118) **Brasch** (Kissingen). **Die Behandlung der Diphtherie.** *Münchener medicin. Wochenschr. No. 18. 1894.*

Empfehlung der Quecksilberbehandlung; so namentlich innerlich Hydrarg.

cyanat.; bei Larynxstenose Einreibung von Ung. cin. mit Eisumschlägen; diese Therapie hat sich auch bei Scharlachdiphtherie bewährt. SCHECH.

119) **J. Ritter** (Berlin). **Die Behandlung der Diphtherie.** *Therapeut. Monatsh. Juli 1894.*

R. bringt einige interessante Beobachtungen bei, die den Werth der Immunisirungs- und Heilkraft des Heilserums sehr herabmindern. Er behandelt die Diphtherie, indem er die tonsillären Initialherde mit einem Platinspatel abkratzt und die so von der Auflagerung befreiten Theile mittelst Asbestschwamms mit 1proc. Cyanquecksilberlösung gründlich wäscht; nachträgliche Pinselung mit ungereinigtem Terpentinöl. Tagelang wird diese noch fortgesetzt und ebenso eine wiederholte Ausspülung mit 0,1proc. Cyanquecksilberlösung vorgenommen. So hat er von 62 Kindern mit Diphtherie keins verloren. A. ROSENBERG.

120) **Ch. Eloy. Diphtheritis und Quecksilber; zur Sublimatbehandlung der diphtheritischen Angina. (Diphtherie et mercure, à propos du pansement au sublimé de l'angine diphthéritique.)** *Journal des Praticiens. 18. Juli 1894.*

Kritische Uebersicht. A. CARTAZ.

121) **Welsch** (Kissingen). **Beitrag zur Behandlung der Diphtherie mit Pilocarpin.** *Deutsche Mediz.-Zeitung. 4. 1894.*

Welsch empfiehlt Pilocarpin hauptsächlich bei der Kehlkopfdiphtherie, contraindicirt sei es bei Fällen, welche auf schwerer septischer Allgemeininfection beruhen. SEIFERT.

122) **J. Ginsburg. Zur Diphtheritis-Therapie. (O letschenii diphtherita.)** *Jeschen. pract. Med. 1894. No. 36.*

Verf. hat im Verlaufe von 4 Jahren gegen 300 Diphtheritis-Patienten beobachtet und alle möglichen Mittel erprobt.

Am besten schienen ihm die locale Behandlung mit Carbolglycerin (1 : 6) und Einathmungen von heissen Dämpfen zu wirken. LUNIN.

123) **Moizard. Die Behandlung der Angina diphtheritica mit Sublimat in Glycerinlösung. (Traitement de l'angine diphthéritique par le sublimé en solution dans la Glycerine.)** *Bullet. Soc. méd. des hôpitaux. 19. Juli 1894.*

M. hat nach der von Gouteau empfohlenen Methode die diphtheritischen Membranen mit einer Lösung von Sublimat in Glycerin $^1/_{20}$ oder $^1/_{30}$ gepinselt, die Pinselungen werden 2- oder höchstens 3mal in 24 Stunden vorgenommen; gleichzeitig werden noch antiseptische Mund- und Nasenausspülungen gemacht und für eine stärkende Allgemeinbehandlung Sorge getragen. Die Pinselungen sind wenig schmerzhaft, dabei aber wirksamer, als jedes andere Mittel.

Unter 112 Fällen hatte M. nur 18 Todesfälle und 94 Heilungen d. i. ein Heilungsprocentsatz von 94 pCt. A. CARTAZ.

124) **Catrin Die Diagnose der diphtheritischen Angina und ihre Behandlung mit hypermangansaurem Kali. (Diagnostic de l'angine diphthéritique, traitement par le permanganate de potasse.)** *Bull. Soc. méd. des hôpit. de Paris. 27. Juli 1894.*

C. hat die 28 Fälle von Angina, die in den letzten 6 Monaten auf seine Abtheilung aufgenommen wurden, bacteriologisch untersucht. In 7 Fällen fand er Streptococcen, in 5 Staphylococcen; 4mal fand sich ein Bacillus, der dem Loeffler'schen ähnelte, 1mal das Bacterium coli, 1mal der Pneumoniecoccus, 1mal ein grosser Coccus. 8mal nur handelte es sich um wirkliche Diphtherie. Von diesen Fällen starben 2 in der Reconvalescenz; die beiden Patienten, 20 und 23 Jahre alt, starben am 19. resp. 21. Tage der Erkrankung, während sich im Halse keine Membran und auch kein Zeichen von Angina mehr fand, dagegen Albuminurie und Lähmungen noch vorhanden waren.

Die sämmtlichen Fälle wurden mit einer Lösung von hypermangansaurem Kali $^1/_{200}$ alle 2—4 Stunden gepinselt; ausserdem wurde mit Borax gegurgelt.

A. CARTAZ.

125) **Aschkanazi. Ein antiseptischer Lack zur Behandlung der Diphtherie. (An antiseptic varnish in the treatment of diphtheria.)** *N. Y. Med. Journal. 7. Juli 1894.*

Das Mittel trägt den Namen „Stérésol"; es besteht aus 135 Theilen Schellack, 5 Benzoin, 25 Tinct. Tolu, 3 Theilen Tinct. Cinnamomi, 50 Carbolsäure und Alkohol ad 500 Th. Der Ueberzug mit diesem Mittel soll neben einer localen Antiseptik zugleich den Luftzutritt zu den Mikroorganismen verhindern und so eine künstliche Anaerobiose schaffen.

LEFFERTS.

126) **O. Feige** (Niesky). **Beitrag zur Behandlung der Rachendiphtherie.** *Therap. Monatsh. Juli 1894.*

F. rühmt den Liq. ferri sesquichlor., den er „beinahe als Specificum gegen Rachendiphtherie hinstellen möchte".

A. ROSENBERG.

127) **M. H. J. Ruland** (Maastricht). **Liquor stypticus bei Diphtheritis.** *Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. 1894. I. No. 13. S. 463.*

Antwort auf Wortman's Brief. R. theilt dessen Enthusiasmus für den Liq. ferri sesquichlorati nicht.

H. BURGER.

128) **J. A. Korteweg** (Amsterdam). **Croup und Diphtheritis.** *Ned. Tijdschr. v. Geneesk. 1894. I. No. 14. S. 521.*

Brief an Dr. Ruland, anlässlich dessen Aufsatzes über die Diphtheritis-Epidemie in Maastricht. K. bedauert, dass R. die Croupfrage gar nicht berührt, und den gegenseitigen Einfluss der Morbidität von Croup und Diphtheritis, welche er auf Grund von statistischem Material erläutert, nicht berücksichtigt hat. K. führt aus, dass der genuine Croup, d. h. die Laryngitis acuta cum stenose sine diphtheria, sehr selten, und der sogenannte Croup in der grossen Mehrzahl der Fälle ein diphtheritischer Croup sei; dass daher in künftigen verschärften Sanitätsgesetzen nicht nur die Diphtheritis, sondern daneben der Croup unter die ansteckenden Krankheiten aufgenommen werden soll.

H. BURGER.

129) **F. Ph. Küthe** (Tiel). **Behandlung der Rachendiphtherie. (Behandeling van diphtheria faucium.)** *Geneesk. Courant. 24. Mai 1894. No. 21.*

K. pinselt die folgende Lösung auf die Membranen und auf die erkrankte Schleimhaut: R. Acid. phenyl. crist. 1. Succ. citri 30. H. BURGER.

130) **H. Gillet. Die Kehlkopfintubation beim Croup in Frankreich. (L'intubation laryngée dans le croup en France.)** *Journ. des pratic. 21. Juli 1894.*

Eine kritische Zusammenstellung der bisher veröffentlichten Thatsachen.

A. CARTAZ.

131) **Barbier. Die antidiphtheritische Impfung. (La vaccination antidiphtherique.)** *Journal des praticiens. 25. Juli 1894.*

Eine kritische Uebersicht über die Arbeiten und Experimente von Behring, Ehrlich, Kossel etc. A. CARTAZ.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

132) **E. Göppert** (Heidelberg). **Die Kehlkopfmuskulatur der Amphibien.** Eine vergleichend anatom. Untersuchung. — *Morphologisches Jahrb. XXII. 1. 1894.*

Durch die Untersuchungen Gegenbaur's und seiner Schüler haben unsere Kenntnisse von den Umbildungen, die das Kiemenskelet der Fische in der Reihe der höheren, luftathmenden Wirbelthiere erleidet, einen gewissen Abschluss erreicht. Um den Lesern des Centralblattes ein Bild der bisher für die Säugethiere gewonnenen Resultate zu geben, erlaubt sich Referent folgende Uebersicht einzufügen.

	Aus ventralen Abschnitten der Bogen	Aus dorsalen Abschnitten der Bogen
I. Visceralbogen (Kieferbogen)	Primitiver Unterkiefer (Meckel'scher Knorpel), Hammer.	Ambos.
II. „ (Zungenbeinbogen)	Zungenbeinkörper. Kleine Hörner des Zungenbeins, Ligamentum stylohyoideus, Processus styloides.	Steigbügel.
III. „ I. Kiemenbogen	Zungenbeinkörper. Grosse Hörner des Zungenbeins.	—
IV. „ II. „	Cartilago thyreoidea.	—
V. „ III. „	Cartilago thyreoidea.	—
VI. „ IV. „	Epiglottis und Wrisberg'sche Knorpel.	—
VII. „ V. „	Cartilago cricoidea, arytaenoidea und Trachealringe.	—

Göppert wendet sich nun der interessanten Aufgabe zu, wie das Knorpelskelet, so auch die Musculatur des Kehlkopfs von der Musculatur des Kiemenkorbes abzuleiten. Bei Lösung dieser Aufgabe geht er vorläufig im Einzelnen nicht auf die Kiemenbogenmusculatur der Fische, sondern nur auf die der Amphibienlarven zurück und zeigt zunächst, dass sowohl der Dilatator, wie der Constrictor laryngis in ihrem ursprünglichen Verhalten noch unzweideutige Beziehungen zur Pharynxmusculatur erkennen lassen. Sie beeinflussen bei den Amphibien nicht nur das Lumen des Kehlkopfs, sondern gleichzeitig das des Pharynx, nehmen also eine Zwitterstellung zwischen Pharynx- und Kehlkopfmuskeln ein. Erst von diesem Zustand aus entwickelte sich eine Musculatur, die dem Kehlkopf ausschliesslich angehörte, und damit gleichzeitig zu höherer Leistung für das Organ befähigt war, als es bei dem primitiven Verhalten der Fall sein konnte.

Die beiden Pharynxmukeln, aus denen die Musculatur des Kehlkopfs ihre Entstehung nimmt, sind der Dorsopharyngeus und Hyopharyngeus. Der Dorsopharyngeus, der von der Nackenfascie entspringt, ist als ein ursprünglicher Levator des 7. Visceralbogens (5. Kiemenbogens) aufzufassen. Der Hyopharyngeus, der vom 6. Visceralbogen (4. Kiemenbogen) entspringt, gehört in das System der Constrictores arcuum visceralium.

Der Dilatator laryngis entwickelt sich aus einem Theil des Dorsopharyngeus. Im primitivsten, bei den Amphibien repräsentirten Zustand wirkt der gesammte Dorsopharyngeus gleichzeitig als Constrictor pharyngis und als Oeffner des Kehlkopfs (Proteus). Allmälig gliedert sich nun von diesem Muskel ein vorderer Abschnitt als Dorsolaryngeus ab, der mehr und mehr seine Beziehungen zum Pharynx aufgiebt und zum reinen Dilatator laryngis wird.

Eine verwickeltere Geschichte hat die Schliessmusculatur des Kehlkopfs. Den ursprünglichsten Bestandtheil derselben stellt der Musculus laryngeus ventralis vor. Er ist, wie sein Verhalten im fertigen Zustand sowie seine Entwickelung zeigt, ein Abkömmling des Hyopharyngeus.

Zu diesem Muskelpaar gesellt sich ein zweites, das des Musculus laryngeus dorsalis, welches das Verhalten des Laryngeus ventralis dorsal vom Kehlkopf wiederholt. Dieser Muskel ist nach Göppert vom Dorsopharyngeus abzuleiten.

Innerhalb dieser primitiven Kehlkopfconstrictoren tritt nun eine Differencirung ein, entsprechend den beiden Seiten ihrer Wirksamkeit. Vom Laryngeus ventralis aus entstand der Sphincter laryngis, indem der rechtsseitige mit dem linken dorsal und ventral vom Kehlkopf zusammentreffend einen aus zwei symmetrischen Hälften sich aufbauenden Ringmuskel bildet.

In Zusammenhang mit der Ausbildung dieses allein dem Kehlkopf angehörigen Muskels verloren der Rest des Laryngeus ventralis ebenso wie der Laryngeus dorsalis bei den höheren Formen ihre Wirksamkeit auf den Kehlkopf und bildeten sich zu reinen Pharynxconstrictoren um. **R. SEMON.**

133) **Neumayer** (München). **Ueber einen Musculus thyreoideus transversus.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. etc. No. 10. 1894.*

Bei Thieren (Rindern) fand N. mehrmals einen Muskel, der quer über das

Lig. conicum verlief, und sich beiderseits ergänzend in eine dünne Sehne überging, die an dem Proc. marginalis der betreffenden Seite ihren Ansatzpunkt hatte.

SCHECH.

134) **Jos. Neuman** (Budapest). **Die Kräfte für die Stimmbandspannung.** *Magyar orvosi Archivum. III. 4. Ungarisches Archiv f. Medicin.*

Dieselben werden durch die Dehnung des Stimmbandes der Länge nach (M. crico-thyreoid.) und den Widerstand der Elasticität des Bandes, dem der M. thyreo-aryt. int. zur Seite steht, aufgebracht.

Auf Grund zahlreicher Thierversuche fand er:

1. Dass der M. crico-thyr. immer den Ringknorpel emporhebt, und nicht den Schildknorpel niederzieht.
2. Bei Excision des Muskels auf der einen Seite entsteht Heiserkeit; aber das betreffende Stimmband wird noch immer sehr gut angespannt. Die Ringknorpelleiste macht bei dieser Action eine geringe Axendrehung nach der intacten Seite, woraus sich ein Schiefstehen der Glottisspalte ergiebt, so zwar dass Aryknorpel und hintere Stimmbandinsertionen nach der operirten Seite hin verschoben sind, was umsomehr augenfällig wird, je heftiger das Thier phonirt.
3. Folgt dieser Excision des Muskels die Durchschneidung des N. recurrens derselben Seite, so wird dieses gelähmte Stimmband noch immer angespannt.
4. Der Spannungsapparat geht aber sofort verloren, wenn der M. crico-thyr. auch auf der anderen Seite abgetragen wird. Die Stimme schlägt sofort vom hohen Register in einen tiefen, schnurrenden; die Stimmbänder werden vom Luftstrome aufgebogen.
5. Nach Excision des M. crico-thyr. einer Seite entfernt sich das betreffende Stimmband bei der Inspiration weiter auswärts, als sein Partner; das gespanntere Stimmband widersteht also besser der Abduction.
6. Es besteht eine gewisse Compensation zwischen dem Spann- und dem Adductionsapparat, indem durch die Spannung das Stimmband adducirt, durch die Adduction aber auch etwas gespannt wird.
7. Fand Verf. eine unbekannte Componente des M. crico-aryt. posticus. Reizung dieses Muskels entfernt den Ringknorpel vom Schildknorpel. Dies geschieht also immer bei der Inspiration, also beim Auswärtsrotiren der Aryknorpel.
8. Die Stützen und Kräfte der Stimmbandspannung bilden einen geschlossenen Ring.

Schliesslich fand Verf., dass die Athemnoth bei Recurrenslähmungen durch Excision des M. crico-thyr. nicht behoben werden kann, sondern noch vergrössert, wird und will auf dieses Thema demnächst zurückkommen.

V. NAVRATIL.

135) **Neuman. Experimentelle Untersuchungen über den feineren Mechanismus der Kehlkopfmuskeln (Recherches expérimentales sur le mécanisme intime des muscles du larynx.)** *Annales des maladies de l'oreille et du larynx etc. Bd. XX. November 1894.*

N.'s Untersuchungen am Hunde haben ergeben, dass die Stimmbänder sich nicht im Moment der Phonation erheben, vielmehr eine Abwärtsbewegung erfahren, die unabhängig ist von der Hebung des Gesammtkehlkopfes; der Grad der letzteren steht in Beziehung zur Höhe des gebildeten Tones. E. J. MOURE.

136) **J. Katzenstein** (Berlin). **Weitere Mittheilungen über die Innervation des M. crico-thyreoideus.** *Virchow's Archiv. Bd. 136. p. 203. 1894.*

Verf. hat weitere Versuche angestellt zur Beantwortung der Frage: Innervirt der N. pharyngeus medius den M. crico-thyreoideus? Er kommt zu dem Resultat: Reizung des N. pharyngeus medius erzeugt;

1. beim Kaninchen eine Contraction des M. crico-thyreoideus;
2. beim Hunde in der Mehrzahl keine Contraction desselben. In den seltenen Fällen, in denen eine Anastomose zwischen N. pharyngeus medius und N. laryngeus superior besteht, erfolgt eine Contraction des M. crico-thyreoideus, die nach Durchschneidung der Anastomose aufhört;
3. bei der Katze und dem Affen keine Contraction.

Ein aus dem Ramus pharyngeus vagi stammender Nerv, der den M. crico-thyreoideus notorisch innervirt, existirt somit nur beim Kaninchen, nicht bei Hund, Katze und Affen; Exner's Annahme eines Nerv. laryngeus medius hat daher nur für das Kaninchen Berechtigung. F. KLEMPERER.

137) **Beausoleil. Ein Fall von Laryngocele. (Sur un cas de laryngocele.)** *Revue de laryngologie, otologie etc. No. 16. 15. August 1894.*

Verf. berichtet über einen Fall dieses sehr seltenen Leidens und bespricht seine Aetiologie und Diagnose. E. J. MOURE.

138) **C. H. Knight. Cyste der Epiglottis. (Cyst of the epiglottis.)** *Manhattan Eye and Ear Hospital Reports. Januar 1894.*

Krankengeschichte; die Cyste wurde mit der kalten Schlinge entfernt, ohne Schmerz und ohne Blutung. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

139) **J. G. Knight. Sängerknoten. (Singer's nodes.)** *N. Y. Medical Journal. 1. December 1894.*

Abdruck des von K. auf dem 16. Congress der American Laryngological Association gehaltenen Vortrags; Referat im Verhandlungsbericht. LEFFERTS.

140) **O. Chiari. Ueber den Bau und die histologische Stellung der sogenannten Stimmbandfibrome.** *Archiv f. Laryngologie und Rhinologie. Bd. II. Heft 1. 1894.*

In der vorliegenden Arbeit, die ein Abdruck des von C. auf dem XI. internationalen medicinischen Congress gehaltenen Vortrags ist, berichtet der Verf. über die Resultate seiner mikroskopischen Untersuchungen an 38 Stimmband-

polypen. Er findet in ihnen nur dieselben Gewebe, die auch das Stimmband zusammensetzen. Das Bindegewebe ist nirgends in Form eines Knotens gegen die oberflächlichen Schichten des Tumors abgegrenzt. Daher darf man diese Polypen nicht als Fibrome ansehen, sondern nur als umschriebene Hypertrophien aller oberflächlichen Schichten des Stimmbandes. Ihre Entstehung führt C. auf chronisch-entzündliche Verdickungen und Wülste zurück, den Hauptantheil an ihrem Wachsthum schiebt er der Stauung zu. F. KLEMPERER.

141) **Koch. Fibrom des Kehlkopfs. (Fibrome du larynx.)** *Annales des malad. des oreilles et du larynx. Juni 1894.*

Der Fall ist bemerkenswerth wegen des Umfanges der Geschwulst.

E. J. MOURE.

142) **Laese** (Schönfliess). **Ueber Larynxpapillome bei Kindern.** Dissertation. Berlin. 1894.

Die statistischen Erhebungen von Laese sprechen sehr zu Gunsten der endolaryngealen Operationsmethode der Kehlkopfpapillome bei Kindern.

SEIFERT.

143) **Kayser** (Breslau). **Papillome des Larynx**. *71. Ber. d. Schles. Gesellsch. f. vaterl. Cultur. 1894.*

Ein 31jähriger Mann, der bereits als Kind einmal längere Zeit heiser war, wurde im Sommer 1881 wieder heiser. Als Ursache hierfür fand man Papillome des Kehlkopfes, welche zu vielfachen Operationen Veranlassung gaben. Während $1^3/_4$jähriger Behandlung machte er 27 Operationen durch, bei denen ihm 50 kleinere oder grössere Knötchen entfernt wurden. SEIFERT.

144) **M. Thorner. Multiple Papillome des Kehlkopfs. (Multiple papilloma of the larynx.)** *Cincinnati Lancet-Clinic. 17. November 1894.*

Der Fall betrifft einen 42jährigen Mann; die Tumoren wurden mit der Zange entfernt. Die Heilung war eine vollständige, auch die Stimme kehrte wieder.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

145) **H. Foster. Bericht über einen benignen Tumor des Larynx. (Report of a case of benign tumor of the larynx.)** *Kansas Med. Journal. 25. August 1894.*

Der Tumor war ein Papillom; nichts von Bedeutung.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

146) **S. K. Merrick. Eine Neubildung im Kehlkopf, Eversion des Ventrikels vortäuschend. (A laryngeal neoplasm simulating the everted ventricle.)** *Journ. Am. Med. Assoc. 22. September 1894.*

Der Tumor war, wie sich später herausstellte, ein Gumma des linken Stimmbandes. Der Fall lehrt 1) die Schwierigkeit der differentiellen Diagnose zwischen Gummigeschwulst und Eversion des Ventrikels, wenn die erstere die Ventrikelhöhle ausfüllt, 2) die grosse Bedeutung des Ausschlusses von Lues, wenn möglich

bei allen Kehlkopftumoren; 3) die brillanten Erfolge einer specifischen Behandlung selbst da, wo wegen Stenose bereits die Tracheotomie nothwendig zu sein scheint.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

147) **Chas. H. Knight. Drei Fälle von laryngealer Neubildung. (Three cases of laryngeal neoplasm.)** *N. Y. Med. Journal. 1. December 1894.*

Abdruck eines auf dem 16. Jahrescongress der American Laryngological Association gehaltenen Vortrags; Referat folgt im Verhandlungsbericht.

LEFFERTS.

148) **Rousseaux. Der Galvanokauter bei der Behandlung benigner Kehlkopfgeschwülste. Einige Betrachtungen vom Standpunkt des Gesanges. (Du galvanocautère dans le traitement des tumeurs bénignes du larynx — Quelques considérations au point de vue du chant.)** *Revue de laryngologie, otologie etc. No. 19. 1. October 1894.*

In kluger Weise verwandt ist der Galvanokauter bei der Behandlung benigner Kehlkopftumoren ein ebenso werthvolles wie gefahrloses Instrument.

E. J. MOURE.

149) **H. S. Birkett. Ein Fall von subchordalem Spindelzellensarcom mit erfolgreicher Exstirpation durch die Thyreotomie. (A case of subchordal spindle-celled sarcoma and its successful removal by thyreotomy.)** *N. Y. Med. Journal. 17. November 1894.*

Die Pat. war 22 Jahre alt, gravide. Bei der laryngoskopischen Untersuchung fand man einen grossen subglottischen Tumor; zwischen der hinteren Fläche desselben und der hinteren Trachealwand nur ein schmaler Spalt, durch den unter grossen Mühen die Athmung vor sich ging. Die Oberfläche des Tumors war dunkelroth, man unterschied mehrere erweiterte Gefässe auf derselben. Es wurde die Tracheotomie gemacht; 12 Tage später leitete man die künstliche Frühgeburt ein. Nach 2 Tagen wurde die Pat. von einem lebenden Mädchen entbunden. Der Einfluss der Geburt auf den Zustand der Geschwulst war sehr in's Auge fallend. Der Tumor war deutlich kleiner geworden, der Spalt zwischen ihm und der Trachealwand erheblich breiter; das rechte Stimmband, früher stark hyperämisch, erschien weiss.

Drei Wochen später wurde behufs Exstirpation des Tumors die Thyreotomie gemacht. Der Tumor wog 0,78 g und mass 18:12:7 mm. Die mikroskopische Untersuchung (Dr. Finley) ergab ein „Spindelzellensarcom mit Zügen eines an embryonalen Blutgefässen reichen jungen Bindegewebes".

Die Reconvalescenz verlief glatt und schnell. Jetzt nach 2 Jahren ist die Pat. völlig wohl, die Stimme klar, keine Spur von einem Recidiv. LEFFERTS.

150) **Arthur A. Blirs. Ein Fall von Epitheliom und ein Fall von Sarcom des Larynx. (Report of a case of epithelioma and of one of sarcoma of the larynx.)** *N. Y. Med. Journal. 10. November 1894.*

Krankengeschichte und genauer laryngoskopischer Befund beider Fälle; beide schienen, soweit die lokalen Verhältnisse in Frage kamen, für die partielle Laryngectomie günstig zu liegen. In dem Falle von Epitheliom bestand noch eine

Herz- oder Nierenerkrankung. Es wurde bei beiden Fällen nur die Tracheotomie gemacht. LEFFERTS.

151) **Frankel. Kehlkopfkrebs. (Cancer du larynx.)** *Soc. anatom. de Paris. 2. u. 9. November 1894.*

Ein 53jähriger Mann, aufgenommen in das Spital wegen eines ulcerirten Tumors der linken Regio cervicalis. Erheblicher Kräfteverfall, Dysphagie, Erbrechen, Tod in Asphyxie. Die Section ergab eine sehr umfangreiche krebsige Lymphdrüsengeschwulst von der Grösse eines fötalen Kopfes; im Larynx ein ziemlich eng umgrenzter Krebsknoten in der Regio interarytaenoidea. A. CARTAZ.

152) **Maunoury** (Chartres). **Mediane Laryngotomie vor der Totalexstirpation in einem Falle von Kehlkopfkrebs. (Laryngotomie mediane, temps préalable de l'ablation dans le cancer du larynx.)** *Soc. de chir. 26. December 1894.*

Bei einem 38jährigen Mann, der in Folge einer Kehlkopfsgeschwulst zweifelhafter Natur in Erstickungsgefahr sich befand, wurde die Tracheotomie ausgeführt, dann der Kehlkopf in der Medianlinie behufs Bestätigung der Diagnose incidirt und erst dann, nachdem kein Zweifel mehr über die krebsige Natur der Affection bleiben konnte, die Kehlkopfexstirpation nach der Perier'schen Methode ausgeführt. LUC.

153) **Max. Leseigneur. Studie über die Laryngotomie. (Etude sur la laryngotomie.)** *Thèse de Paris. 1894.*

Der Verf. bespricht die Indicationen für die Eröffnung des Larynx bei den verschiedenen Fällen von dauernder oder vorübergehender Stenose (Fremdkörper, gutartige und bösartige Tumoren, Narbenstenosen etc.). Er giebt einen Ueberblick über die verschiedenen operativen Methoden (Malgaigne, Follin, Billroth etc.), deren Vortheile und Nachtheile für den einzelnen Fall er auseinandersetzt. Unter 362 Operationen, die er statistisch zusammenstellt, finden sich 4,69 pCt. Todesfälle. A. CARTAZ.

154) **Felix Semon. Die Resultate der Radicaloperation bösartiger Kehlkopfgeschwülste nach den Erfahrungen der Privatpraxis. (The results of radical operation for malignant disease of the larynx, from the experiences of private practice.)** *Lancet. 15., 22., 29. December 1894.*

Der Verf., welcher in dieser Arbeit über ein Material von über 100 Fällen bösartiger Kehlkopfgeschwülste berichtet, erwähnt, dass er bis zum Jahre 1886 ein Gegner der Thyreotomie für bösartige Larynxneubildungen gewesen sei. Seit der Zeit habe sich seine Ansicht jedoch total geändert.

Anzahl der Fälle: Von 1873 bis 1894 hat er 103 Fälle gesehen. Nicht gerechnet sind: 1. Fälle aus der Hospitalpraxis, 2. Fälle, in denen die Geschwulst in den benachbarten Geweben ihren Ursprung genommen, 3. Fälle, welche nur einmal gesehen wurden und in denen die Diagnose unbestimmt war.

Geschlecht: Von den 103 Fällen waren 79 Männer und 24 Frauen.

Sehr auffällig ist der Umstand, dass das Carcinom der hinteren Ring-

knorpelplatte unverhältnissmässig häufiger bei Frauen als bei Männern gefunden wurde.

Alter: Zwischen 20—30 Jahren = 1 Fall; 30—40 = 2; 40—50 = 25, 50—60 = 43; 60—70 = 19; 70—80 = 10; 80—90 = 3.

Localisation: In 38 Fällen war die Geschwulst „extrinsic", d. h. betraf die Epiglottis, die hintere Ringknorpelplatte, die arytaeno-epiglottischen Falten und die Interarytaenoidfalte, in 55 „intrinsic", d. h. ging von den Stimm- oder Taschenbändern, dem Morgagni'schen Ventrikel oder dem Cavum subglotticum aus, und in 10 betraf sie sowohl die inneren wie die äusseren Theile des Kehlkopfs.

Specieller Ausgangspunkt: Epiglottis 8, Ligament. ary-epiglottic. 5, Interarytaenoidfalte 6, Rückenfläche des Ringknorpels 19; Stimmbänder 15, falsche Stimmbänder 3, Morgagni'sche Tasche 2, nicht mehr bestimmt zu ermitteln 35.

Histologische Beschaffenheit: Die grosse Mehrzahl waren Plattenepitheliome.

Microscopisch untersucht zwischen 30 und 40.

Auswahl der Fälle für Radicaloperation: In 16 Fällen wurde die Operation empfohlen.

Der erste Fall war der bekannte des verstorbenen Richters Montagu Williams. Nur in gewissen Fällen von echtem innerem Carcinom resp. Sarcom wird die Operation empfohlen. Von 44 solchen Fällen wurde die Operation 16mal vorgeschlagen (davon 4mal nicht in des Verfassers eigener Praxis). Sobald die ursprünglich innere Affection das Innere des Larynx überschritt, oder wenn die Neubildung von der Rückseite des Aryknorpels entsprang, oder wenn die Halsdrüsen schon afficirt sind, so wird die Operation nicht empfohlen. Die meisten Fälle wurden im ersten Jahr nach Eintreten der Symptome operirt.

Art der Operation in den 12 tabellirten Fällen des Verfassers: Theilweise Exstirpation des Larynx 3 Fälle mit einem Todesfall. Thyreotomie mit Resection von Knorpel 4 Fälle, kein Todesfall. Thyreotomie mit Entfernung nur von Weichtheilen 4 Fälle mit zwei Todesfällen. Subhyoide Pharyngotomie mit Entfernung von Weichtheilen ein Fall (Tod). Im Ganzen also 58,3 pCt. Genesungen!

Recidive: Nur in einem einzigen Fall trat ein Recidiv ein.

Sprachresultate: Im Ganzen überraschend gut, in einzelnen Fällen ausgezeichnet.

Todesursache: Schluck-Pneumonie in einem Fall. In einem anderen wurde per anum Aether gegeben; Patient starb nach 24 Stunden an Bronchitis und Enteritis. Septische Pneumonie in einem dritten Fall, und in einem vierten anderen blieb die Todesursache trotz genauer Autopsie dunkel. Bronchitis und Herzschwäche in dem fünften Fall.

Zwei Operationsfälle waren zweifelhafter Natur: Die microscopische Untersuchung der entfernten Geschwulsttheile zeigte in einem Papillome, im anderen Fibrome oder Fibrosarcome. Genaue Beschreibung der mikroskopischen Befunde. (Vgl. hierzu diese Nummer pp. 560 et seq.)

Eine klare, übersichtliche Tabelle der operirten Fälle ist beigefügt.

Operation. Es wird tracheotomirt und Hahn's Schwamm-Canüle einge-

führt. Dieselbe muss sorgsam desinficirt sein. Man muss jetzt 10 Minuten warten, bis der Schwamm sich ausgedehnt hat. Vordere Fläche des Schildknorpels wird freigelegt und in der Mittellinie gespalten. Knochenzange ist häufig nothwendig. Die Spalte des Knorpels wird auseinander gehalten durch zwei Haken oder besser mit zwei starken Seidenfäden, welche durch die zwei Hälften des Knorpels durchgeführt sind. Ein eingefädelter aseptischer Schwamm wird durch die Wunde in die untere Pharynxhälfte eingeführt, um Speichel und Schleim aufzusaugen. Die zu entfernende Partie wird dann zweimal mit 5proc. Cocainlösung gepinselt, um capilläre Blutung zu vermeiden. Die zu entfernende Partie wird unter guter Beleuchtung (Stirnspiegel) mit zwei bogenförmigen Messerzügen bis auf den Knorpel umschnitten, mit der Pincette gefasst und mit der Scheere entfernt. Die Basis wird mit dem scharfen Löffel gehörig ausgekratzt. Galvanocaustik sei selten nöthig. Blutung sorgsam gestillt, Jodoform und Borsäure in die Höhle eingeblasen und dann Hahn's Canüle sofort entfernt. Wenn die Epiglottis oder aryepiglottische Falte afficirt sind, sei subhyoide Pharyngotomie das Beste. Schnitt, 6 cm lang, quer über den Hals entsprechend dem unteren Rande des Zungenbeins; die Membrana thyro-hyoidea durchschnitten und die Geschwulst mit Scheere oder Messer entfernt.

Nachbehandlung. Butlin's Rathschlag folgend, wird nach der sofortigen Entfernung der Hahn'schen Canüle überhaupt keine weitere Tracheotomiecanüle eingeführt. Die innere Wundfläche wird auch nicht mehr, wie früher, mit Gaze austamponirt, sondern einfach mit Borsäure und Jodoform eingestäubt. Patient wird ganz horizontal auf die Seite gelagert, mit der operirten Larynxhälfte nach unten. Nur ein Kissen unter dem Kopf. Schon am ersten Tage kann Patient versuchen, Wasser zu schlucken, indem der Oberkörper stark über den Bettrand übergebeugt wird. Gelingt dieses, so kann flüssige Nahrung genommen werden.

Folgerungen. Es sei von der höchsten Wichtigkeit, dass die Krankheit in den Anfangsstadien erkannt werde. Das erste Symptom in den best zur Operation geeigneten Fällen sei fast stets einfache Heiserkeit. Unter vielen Aerzten sei die sehr irrthümliche Ansicht noch verbreitet, dass die ersten Symptome Athemnoth, Schluckbeschwerden, Kachexie und Drüsenanschwellung seien. In der Mehrzahl der Fälle von innerem Kehlkopfkrebs seien die Stimmbänder der Ausgangspunkt, in des Verfassers eigenen Fällen: 15 von 20 (s. oben).

Jeder Halsarzt und jeder Chirurge sollte diese wichtige und interessante Arbeit im Original lesen. ADOLPH BRONNER.

155) **Leuriaux. Essentielle und primitive Localisation des Keuchhustens im Nasenrachenraum. (Localisation essentielle et primitive de la coqueluche dans le naso-pharynx.)** *La Clinique. No. 34. 1894.*

L. führt als Beweise der essentiellen und primitiven Localisation des Keuchhustens im Nasenrachenraum folgende Punkte an:

1. Die Anfangssymptome: Schnupfen, Photophobie, näselnde Stimme, gestörte Respiration und häufiges Husten des Nachts, bedingt durch den in den Larynx herunterlaufenden Schleim.

2. Der Verlauf der Krankheit: Functionelle und anatomische Symptome von Seite des Larynx, der Trachea und der Bronchien, alle secundärer Natur. Der Hustenparoxysmus ist hervorgerufen durch den im Nasenrachenraum angesammelten Schleim, welcher dem Pharynx entlang herunterlaufend, den Larynx reizt, wodurch die Heftigkeit der Hustenanfälle vermehrt wird. Die Läsionen des Larynx, der Trachea und der Bronchien sind als Complicationen anzusehen.

3. Das Resultat der Behandlung: Die locale antiparasitäre Behandlung hat in jedem Stadium der Krankheit die Heilung in einem Zeitraum von 10—15 Tagen herbeigeführt. Die Behandlung besteht im Einblasen von Pulver, einer Mischung von Chin. sulf. und Resorcin.

Zum Schluss Mittheilung einiger Fälle. BAYER.

156) **Silbermann** (Breslau). **Ueber Schädigungen des rechten Herzens im Verlaufe des Keuchhustens.** *Arch. f. Kinderheilk. XVIII. 1. u. 2. 1894.*

In 5 Fällen stellte sich im Verlaufe des Keuchhustens im Stadium convulsivum bedeutende Verbreiterung des rechten Herzens ein, in 2 Fällen gleichzeitig systolisches Geräusch über der Tricuspidalis, als dessen Grund in einem Falle die Section eine Insufficienz der Tricuspidalis erwies. Nebenbei Abschwächung der Herzthätigkeit und Albuminurie. Für die Ursache solcher Herzaffectionen hält S. die bis in die Capillarzweige reichende Bronchitis, sowie die starken, nur durch kurz dauernde Inspirationen unterbrochenen Exspirationsstösse.

SEIFERT.

157) **H. B. Carpenter. Bromoform bei Keuchhusten. (Bromoform in whooping cough.)** *Philad. Policlinic. 16. Juni 1894.*

C. berichtet über einige mit Erfolg behandelte Fälle.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

158) **H. A. Janssen** (Maastricht). **Die Behandlung des Keuchhustens mit Bromoform. (De behandeling van kinkhoest met bromoform.)** *Militair-Geneeskund. Archief. 1894. Lief. III.*

Die Resultate dieser Behandlung waren im Allgemeinen sehr zufriedenstellende. Die Hustenparoxysmen nahmen gewöhnlich an Zahl rasch ab. Ein vollkommenes Nachlassen der Anfälle wurde jedoch nicht beobachtet. Auf die Dauer der Krankheit, sowie auf das Entstehen von Complicationen hat das Mittel wahrscheinlich keinen Einfluss. Bei sehr jungen Kindern (unter einem Jahr) und bei solchen, welche an ausgeprägter Bronchitis oder Bronchopneumonie leiden, ist die Anwendung nicht ohne Gefahr. J. beobachtete in solchen Fällen einen drohenden Collaps. H. BURGER.

159) **Tobeitz** (Graz). **Zur Prophylaxis und Therapie der Pertussis.** *Archiv für Kinderheilk. XVIII. 1. u. 2. 1894.*

In dem Vortrage bespricht T. die verschiedenen Wege der Uebertragung des Keuchhustens und berührt dabei auch die Frage, ob gesunde Mittelspersonen die Krankheit übertragen können, es dürfte die Wahrscheinlichkeit eines solchen

Uebertragungsmodus keine bedeutende sein. In Bezug auf die Therapie bespricht er nur kurz jenen Theil, der sich auf das Verschicken der Kranken in seuchefreie Gegenden bezieht. SEIFERT.

160) **Frühwald** (Wien). **Antispasmin, ein neues Mittel gegen Keuchhusten.** *Arch. f. Kinderheilk. XVIII. 1. u. 2. 1894.*

An dem Material von über 200 Keuchhustenfällen erprobte F. Antispasmin als ein wirkliches Antispasmodicum, welches mit gutem Erfolge bei Keuchhusten gegeben werden kann. Von einer 5proc. Lösung bekommen Kinder unter 1/2 Jahre 3—5 gtt. 3—4mal täglich, 1jährige 8—10 Tropfen, 2jährige 10—12 Tropfen, 3jährige 15—20 Tropfen u. s. w. SEIFERT.

161) **Redactionelle Bemerkung. Die Frühdiagnose und Behandlung des Keuchhustens. (The early diagnosis and treatment of whooping cough).** *N. Y. Med. Journal. 4. August 1894.*

Ein Auszug aus einem Artikel von Vignol im Journal des practiciens. Juli 1894. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

162) **Bedell. Resorcin bei Keuchhusten. (Resorcin for whooping-cough.)** *Phil. Med. News. 22. September 1894.*

B. berichtet über 4 Fälle von Keuchhusten, die durch locale Application einer Resorcinlösung sehr günstig beeinflusst wurden. LEFFERTS.

163) **Rehn. Das mandelsaure Antipyrin in seiner Anwendung bei Keuchhusten.** *Münchner med. Wochenschr. No. 46. 1894.*

Das mandelsaure Antipyrin wird durch Zusammenschmelzen des basischen Antipyrins mit Mandelsäure gewonnen und hat ausser der antiseptischen auch noch eine narcotische Wirkung. Das Mittel wird am besten in wässeriger Lösung mit Syr. cort. aur. gegeben, niemals aber mit Milch oder in der Nähe von Milchmahlzeiten. Die Dosis beträgt für jüngere Kinder 2,5 zu 80,0 Wasser und 20,0 Syrup; bei älteren Kindern ist eine 5proc. Lösung die richtige. Ueble Nachwirkungen hat das Mittel nicht; die Keuchhustenanfälle können durch dasselbe beträchtlich vermindert und abgekürzt werden. SCHECH.

f. Schilddrüse.

164) **Marie Zielinska** (Warschau). **Beiträge zur Kenntniss der normalen und strumösen Schilddrüse des Menschen und des Hundes.** *Virchow's Archiv. Bd. 136. p. 170. 1894.*

Verf. studirt an Schilddrüsen von Hunden und Kindern hauptsächlich die Frage, inwieweit in den Lymphgefässen sowohl innerhalb wie in der nächsten Umgebung der Schilddrüse Colloid sich vorfindet. Die inhaltreiche Arbeit eignet sich nicht zur Wiedergabe in einem kurzen Referate; der für die Anatomie der Schilddrüse sich Interessirende sei auf das Original verwiesen. F. KLEMPERER.

165) **N. Benisowitsch. Zur Physiologie der Schilddrüse. (K woprosu o physiologitcheskoi roli tschitowidnoi schelesi.)** *Juschno-Russ. med. Gaz. 1894. No. 3.*

9 Hunden und 5 Katzen wurde die Schilddrüse entfernt, um an ihnen den Einfluss der Nahrung auf das Zustandekommen der Krankheitserscheinungen, nach der Thyreodectomie, zu beobachten. Fleischnahrung rief die bekannten Anfälle hervor, während bei Milchnahrung die Anfälle an Zahl und Intensität abnahmen. Waren bei reiner Milchnahrung keine Anfälle aufgetreten, so wurde nach einiger Zeit auch Fleisch vertragen.

Im Harn seiner Versuchsthiere fand B. Karbamin-Säure. 2 Hunden, die nach der Thyreodectomie gesund geblieben waren, wurde Karbaminsäure in den Magen eingeführt und bei beiden trat das typische Krankheitsbild auf, wie nach Entfernung der Schilddrüse. B. glaubt, die Thätigkeit der Schilddrüse bestehe im Verarbeiten der Karbamin-Säure zu Harnstoff. Nach dem Entfernen der Schilddrüse sammelt sich im Organismus die Karbaminsäure an und ruft dann die bekannten Erscheinungen hervor.

LUNIN.

166) **v. Eiselsberg** (Utrecht). **Ueber physiologische Function einer im Sternum zur Entwicklung gekommenen krebsigen Schilddrüsen-Metastase.** *Archiv für klin. Chirurgie. XLVIII. 3. 1894.*

In dem beschriebenen Falle handelte es sich unzweifelhaft um physiologische Function eines colloidhaltigen Cylinderzellencarcinoms des Sternums. Nach der totalen Exstirpation der Struma waren deutliche Symptome von Cachexia thyreopriva aufgetreten, welche von dem Zeitpunkte an, als im Sternum eine harte Geschwulst sich entwickelt hatte, sich entschieden besserten. Nach der Resection des Sternums stellten sich bei der Kranken acute Folgezustände (des Wegfalls der Schilddrüse) in Form von Tetanie. Dieselbe besserte sich allmälig, hielt jedoch in leichtem Grade bis in die neueste Zeit an, um schliesslich wieder vorwiegend den Symptomen der Cachexie zu weichen, ohne dass ein neuerdings aufgetretener Knochentumor (Scapula) eine Besserung zu bewirken im Stande wäre.

SEIFERT.

167) **G. Lion** u. **Bensaude. Postpneumonische Thyroiditis durch Pneumokokken mit Ausgang in Heilung. (Thyroïdite à pneumocoques postpneumonique, guérison.)** *Soc. Anatomique de Paris. 8. Juni 1894.*

Acuter Abscess der Schilddrüse bei einem 49jährigen Pneumoniker; der Eiter enthielt Pneumokokken.

A. CARTAZ.

168) **Durante. Eitrige Schilddrüsenentzündung mit Pneumokokken. (Thyroïdite suppurée à pneumocoques.)** *Soc. Anatom. de Paris. 14. Juli 1894.*

Die Thyroiditis trat bei einem jugendlichen Patienten im Verlauf einer Pneumonie auf. Sie führte zur Eiterung und der Eiter des Abscesses, der chirurgisch eröffnet wurde, enthielt Pneumokokken.

A. CARTAZ.

169) **W. J. Chappell. Ein Fall von Tuberkulose der Schilddrüse. (Case of tuberculosis of the thyroid gland.)** *Manhattan Eye and Ear Hospital Reports. Januar 1894.*

Pat. war ein 15jähriger Knabe; die Schildrüse, die seit 2 Jahren geschwollen war, bildete schliesslich einen Abscess. Bei der Untersuchung constatirte man die Schwellung und Härte der Drüse; am Isthmus befand sich eine kleine Ausbuchtung, aus der eine wässerige Flüssigkeit austrat; in dieser waren Tuberkelbacillen enthalten. Die Lungen waren im Zustand vorgeschrittener Phthise. Der Fall ist veröffentlicht wegen der Seltenheit der tuberkulösen Affection der Schilddrüsen.

W J. SWIFT (LEFFERTS).

170) **v. Zoege-Manteuffel** (Dorpat). **Die Ausbreitung des Kropfes in den Ostseeprovinzen.** *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. 39. Bd. 5. und 6. Heft. 1894.*

Aus der Enquête v. Z.-M.'s geht hervor, dass die Strumen selten eine extreme Grösse erreichen, dass sie augenscheinlich langsam wachsen, dass der Cretinismus so gut wie gar nicht (1 Fall) und Myxödem sehr selten (3—4 Fälle) beobachtet ist.

SEIFERT.

171) **R. Gernet** (Dorpat). **Ueber die Verbreitung der Strumen in den Ostseeprovinzen.** *Petersburger med. Wochenschr. 1894. No. 3.*

Gernet hat mit Dr. Zoege-Manteuffel auf dem Wege der Sammelforschung Nachfrage über das Vorkommen der Strumen in Esthland und Livland (russ. Ostseeprovinzen) gehalten. Allerdings hat blos $^1/_5$ der Aerzte geantwortet, was wohl in dem seltenen Vorkommen der Strumen seinen Grund hat.

Es wurden meist kleine Kröpfe beobachtet mit einer auffallend langsamen Wachsthumsenergie. Der Beginn fällt meist mit der Zeit der Pubertät oder der ersten Schwangerschaft zusammen, und die Kröpfe erreichen auch im Alter selten eine bedeutende Grösse, so dass sie leicht hinter dem Kragen etc. sich verbergen lassen. Ein maligner Tumor der Gland. thyr. ist in den 2 letzten Jahren weder von dem Verf. gesehen, noch von den anderen Aerzten gemeldet worden. Vom Myxoedem sind 3 Fälle und vom strumösen Cretinismus 1 Fall notirt. In den letzten Jahren haben G. und Z.-M. von 23 Fällen 13mal aus kosmetischen Gründen operirt und zwar mit Erfolg.

Die Sammelforschung hatte im Ganzen 249 Fälle ergeben; die meisten kamen auf Dorpat, etwa 1:1000 Einwohner. Verf. glaubt, die Zahl sei viel zu niedrig. Einige „Kropfbrunnen" haben sich nur mit geringer Wahrscheinlichkeit angeben lassen. In der Stadt Reval, die zum Theil ihr Wasser aus Brunnen, zum Theil aus einer Wasserleitung bezieht, haben die gemeldeten Kropfkranken das Wasser aus der Wasserleitung getrunken. Verf. glaubt, dass trotz der wenig gemeldeten Fälle in Livland und Esthland der Kropf endemisch herrscht.

LUNIN.

172) **Galisch** (Berlin). **Struma accessoria baseos linguae.** *Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie. 39. Bd. 5. u. 6. Heft. 1894.*

Der Fall betraf ein 24jähriges Dienstmädchen, welchem schon 2 Jahre vor-

her Rose eine Struma aberrans oberhalb des Zungenbeins exstirpirt hatte. Der jetzige Tumor sass an der Zungenbasis auf und vor der Epiglottis, war etwa kirschengross und hatte zu recht erheblichen Blutungen Veranlassung gegeben. Exstirpation vom Halse her vermittelst T-Schnittes oberhalb des Zungenbeins. Heilung. Diese Struma accessoria wird aus dem Ende des Ductus thyreo-glossus hervorgegangen sein.

SEIFERT.

173) **O. Hagen-Torn** (Petersburg). **Ein Fall von hämorrhagischer Kropfcyste. (Slutschai haemorrhagitscheskawo soba.)** *Med. obosr. 1894. No. 16.*

Bei Eröffnung der Cyste entstand eine starke parenchymatöse Blutung. Es fand sich zwischen der Trachea und der Drüse eine anomale Vene von der Dicke eines kleinen Fingers.

LUNIN.

174) **C. Ewald. Ueber Trachealcompression durch Struma und ihre Folgen.** *Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Med. VIII. Suppl.-Heft. 1894.*

An Präparaten von Stenosirung der Trachea durch Kropf fand E. diesen der Trachea sehr nahe angelagert, das peritracheale Gewebe auf eine schmale Zone reducirt. Diese Verwachsung der vergrösserten Schilddrüse lässt auch recht häufig eine Strumitis durch Infection von der Luftröhre aus entstehen. Aus den in das peritracheale Gewebe hineingewucherten Drüsenschläuchen entwickeln sich später Knollen, ganz ähnlich jenen des eitrigen Gallertkropfes. Von der Trachea aus ziehen Bindegewebsbündel zwischen die Kropfknoten; wird ein an die Trachea fixirter Knoten von diesen an elastischen Fasern sehr reichen Bündeln umfasst, so giebt bei Vergrösserung des Knotens nicht der umschnürende Reif nach, sondern die Luftröhre; es kann so zur Steigerung der Stenose kommen, wenn auch nur der unmittelbar comprimirende Knoten eine Vergrösserung erfährt, die äusserlich gar nicht bemerkbar wird.

SEIFERT.

175) **v. Gernet** (Dorpat). **Zur Casuistik der Kropfenucleationen nach Socin.** *Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie. 39. Bd. 5. u. 6. H. 1894.*

Bericht über 13 einschlägige Operationen. Trotz der oft sehr heftigen Blutungen wird die Enucleation empfohlen. Diese ist leicht bei fötalen Adenomen, solitären colloiden Cysten und multiplen Mischformen, erschwert bei degenerirten Kropfknoten und starrwandigen Cysten.

SEIFERT.

176) **Péan. Thyroidectomie mit nachfolgender Resection des Ringknorpels und der 5 ersten Trachealringe und ein neuer Apparat zur Wiederherstellung der Phonation. (Thyroidectomie suivie de la resection du cartilage cricoide et des cinq premiers anneaux de la trachée et nouvel appareil pour retablir la phonation.)** *Gazette des Hôpitaux. 3. Mai 1894.*

Dem 41jährigen Kranken war die Schilddrüse wegen einer einfachen Hypertrophie total exstirpirt worden. Zwei Jahre danach war der Tumor recidivirt und er hatte jetzt einen deutlich carcinomatösen Charakter angenommen. Es wurde nun nicht nur der Tumor exstirpirt, sondern gleichzeitig auch der Ringknorpel und die 5 ersten Trachealringe. Der Patient kam zur Heilung; ein vortrefflicher, eigens construirter Apparat ermöglichte die Stimmbildung.

E. J. MOURE.

177) **T. K. Monro** (Glasgow). **Ein complicirter Fall von Raynaud'scher Krankheit; lokale Asphyxie mit Gangrän in sehr jugendlichem Alter. Congenitale Störung der allgemeinen Hautcirculation. Congenitaler Hydrocephalus. Tracheocele. (A complicated case of Raynaud's disease; local asphyxia with gangrena, occurring at a very early age. — Congenital disturbance of general cutaneous circulation — Congenital hydrocephalus. — Tracheocele.)** *Glasgow Med. Journal. April 1894.*

Das Kind war noch nicht 2 Jahre alt. Für uns hat allein das Vorhandensein des Kropfes, der in der Höhe des Sternoclaviculargelenks sass, Interesse.

P. MC BRIDE.

178) **G Durdufi** (Moskau). **Zur Pathogenese der Basedow'schen Krankheit. (Pathogenes Basedowoi bolesni.)** *Med. obosr. 1894. No. 21.*

Das Wesen dieser Krankheit besteht in einer Autoinfection, die der Cocainwirkung ähnlich ist. Die Schilddrüse producirt unter normalen Verhältnissen einen cocainähnlichen Stoff, welcher einen bestimmten Tonus des sympathischen Nervensystems unterhält. Die gesteigerte Thätigkeit der Schilddrüse ruft den Symptomcomplex der Basedow'schen Krankheit hervor. LUNIN.

179) **Solary. Die chirurgische Behandlung der Basedow'schen Krankheit. (Du traitement chirurgical du goitre exophthalmique.)** *Thèse de Paris. 1894.*

Eine allgemeine Studie, in der Verf. ausser einem guten geschichtlichen Ueberblick eine eigene neue Beobachtung giebt. A. CARTAZ.

180) **John Thomson** (Edinburgh). **Weitere Mittheilungen über einen Fall von sporadischem Cretinismus, der mit Schilddrüsensubstanz gefüttert wurde. (Further notes of a case of sporadic cretinism treated by thyroid feeding.)** *Edinburgh Med. Journal. Februar 1894.*

Die Besserung war eine augenscheinliche. Im Laufe eines Jahres wuchs der Cretin um $4^3/_8$ Zoll; auch sonst machte er zwischen 18 Jahr und 8 Monaten und 19 Jahr 8 Monaten bemerkenswerthe Fortschritte. P. MC BRIDE.

181) **Anson. Das Ergebniss einer einjährigen Behandlung eines Falles von sporadischem Cretinismus mittelst Schilddrüsensaft. (Result of a year's treatment of a case of sporadic cretinism by thyroid juice.)** *Lancet. 28. April 1894.*

Das 10jährige schlecht entwickelte Mädchen zeigte körperlich wie geistig alle Symptome des Myxoedems. Die Verabreichung von einem Lappen einer Schafsschilddrüse verursachte Fieber und Erbrechen. Die gleichen Symptome wurden auch durch ein kleines, nur bohnengrosses Stück hervorgerufen. Darauf wurde ein Glycerinextract von Schilddrüse, der täglich frisch bereitet wurde, gegeben. (Wie viel?) Nach 14 Tagen setzte eine Besserung ein und nach Ablauf eines Jahres machte das Kind einen normalen und gesunden Eindruck. Der Extract wird noch fortgenommen, da die alten Symptome wiederzukehren drohten, sobald das Medicament ausgesetzt wurde. ADOLPH BRONNER.

182) **Redactionelle Notiz. Die Möglichkeiten der Schilddrüsentherapie. (The possibilities of the thyroid therapy.)** *Philad. Med. News. 18. Mai 1894.*

Der Artikel beschäftigt sich mit den Mittheilungen Byron Bramwell's über Erfolge mit Schilddrüsentherapie bei Psoriasis und bei Lupus. Der Verf. erwartet noch eine weit grössere Ausdehnung dieser Behandlungsmethode. Er erhofft Erfolge von der internen Therapie mit Schilddrüse bei Tuberkulose, vor allem bei den scrophulösen Affectionen der Halsdrüsen, der Knochen und Gelenke, dann auch bei Lepra und Carcinom; auch denkt er an die interne oder subcutane Darreichung von Thyroidextract beim Erysipel. LEFFERTS.

183) **W. Dale James. Glykosurie nach Verordnung von Schilddrüsen-Extract. (Glycosuria following the administration of thyreoid extract.)** *N. Y. Medical Journal. 30. Juni 1894.*

In der Juni-Nummer des British Journal of Dermatology berichtet Dr. Dale James (Sheffield) von einem 45jährigen Mann mit Psoriasis, der Schilddrüsenextract nahm ohne jede Einwirkung auf seine Krankheit, vielleicht infolge der Kleinheit der Dosen — er erhielt 2mal täglich 1 Tabloid. Am 22. März begann er täglich 4 Tabloids zu nehmen; nach Verlauf einer Woche klagte er über starke Depression, über heftige Palpationen; „er fühle am ganzen Körper den Puls.“ Die nervösen Symptome nahmen zu, er fühlte sich wie ein alter Mann und sah auch so aus. Vor Ablauf einer zweiten Woche waren unstillbarer Durst, starke Urinvermehrung, Pulsbeschleunigung bis zu 132 Schlägen und Athembeschwerden mit deutlichem Acetongeruch der Athmungsluft zu constatiren. Am 4. April hatte der Urin ein spez. Gewicht von 1032 und enthielt reichlich Zucker. Es wurde sofort der Gebrauch des Schilddrüsenextractes ausgesetzt und eine Diät für Diabetiker vorgeschrieben. Der Zuckergehalt nahm rasch ab und am 13. April war der Urin zuckerfrei. Der Allgemeinzustand hob sich allmälig; am 30. April war der Pat. wieder ganz wohl bis auf die Psoriasis, die sich unter der ganzen Behandlung nicht verändert hatte. Verf. findet Polyurie nach Schilddrüsengebrauch bereits erwähnt, Glycosurie jedoch nirgends. LEFFERTS.

184) **W. Macfie Campbell** (Liverpool). **Ein Fall von Myxoedem mit Glykosurie behandelt mit Schilddrüsenextract. (Case of myxoedema with glycosuria treated with thyroid extract.)** *Liverpool Med. Chir. Journal. Juli 1894.*

Das Hauptinteresse des Falles liegt in dem Vorhandensein der Glycosurie. Während das Myxoedem sich besserte, wurde die Glycosurie durch die Schilddrüsentherapie anscheinend nicht erheblich beeinflusst. Eine Wunde, die der Pat. früher erhalten hatte und die vor der Thyroidtherapie nicht recht heilen wollte, ging schnell in Heilung über. P. MC BRIDE.

185) **James Little** (Dublin). **Verlauf eines mit Schilddrüsensaft behandelten Falles von Myxoedem. (Sequel of a case of myxoedema treated by thyroid juice.)** *Dublin Journ. of Med. Scienc. April u. Juli 1894.*

Pat., eine Frau von 34 Jahren, besserte sich erheblich nach den Injectionen. Zwei Monate nach dem Aussetzen der Behandlung traten die Myxoedem-Symptome

von Neuem hervor. Die Pat. erhielt nun Schilddrüsen in Substanz (zwei in der Woche) und Strychnin. P. MC BRIDE.

186) **Marie u. Guerlain. Thyroid-Verfütterung bei Myxoedem. (Thyroid feeding in myxoedema.)** *N. Y. Med. Record. 10. März 1894.*

Die Patientin, die seit 8 Jahren an ausgesprochenen Symptomen von Myxoedem litt, erhielt anfangs vermeintliche Schilddrüse eine Zeit lang, ohne dass sich ein Erfolg geltend machte. Eine mikroskopische Untersuchung erwies aber, dass die Pat. gar nicht Schilddrüse, sondern Submaxillardrüsen erhielt. Darauf gab man ihr richtige Thyreoidea und zwar zwei Drüsen auf einmal. Am nächsten Morgen hatte sie 38° C. Das Fieber hielt 2 Tage an und es traten eine erhebliche Schweisssecretion, prickelnde Empfindungen in den Beinen und Insomnie hinzu. Der Fortgebrauch von Thyreoidea verstärkte diese Symptome und es wurde nöthig, mit der Dosis auf $^1/_2$ Schilddrüse p. die herabzugehen. Die Besserung der myxoedematösen Symptome erfolgte sehr rasch und nach 2 Monaten bereits konnte die Patientin als völlig geheilt gelten. Das Gewicht fiel von 102 auf 85 Kilo. Die geistige Besserung hielt mit den körperlichen Fortschritten gleichen Schritt. LEFFERTS.

187) **v. Gernet** (Dorpat). **Ein Beitrag zur Behandlung des Myxoedems.** *Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie. 39. Bd. 5. u. 6. Heft. 1894.*

Bei einer an schwerem Myxoedem leidenden Dame wurde zunächst mit vorübergehendem geringen Erfolg die Implantation einer Schafschilddrüse gemacht, später zur Fütterung von Schafschilddrüse geschritten und dadurch völlige Heilung erzielt. Die Patientin muss immer noch in Pausen von $1^1/_2$ Wochen frische Schilddrüse zu sich nehmen. SEIFERT.

188) **Debove** (Paris). **Myxoedem. (Myxoedème.)** *Annales de Médecine. 4. Juli 1894.*

Eine allgemeine Uebersicht, nichts Neues enthaltend. A. CARTAZ.

189) **W. P. Northrup. Myxoedem beim Kinde. (Infantile myxoedema.)** *Med. Record. 21. Juli 1894.*

Kurze vorläufige Mittheilung zweier Fälle von Myxoedem, die mit Schilddrüsenextract behandelt wurden. Die erste Patientin, ein Mädchen von 9 Jahren, erhielt 80 Tage lang ein Glycerinextract von Schafsschilddrüse. Nach Ablauf dieser Zeit war der Zustand des Kindes erheblich gebessert. Der zweite Patient war 12 Jahre alt, die Therapie war die gleiche, der Erfolg aber weniger ausgesprochen. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

190) **Osler. Erfolgreiche Behandlung des Myxoedems bei Kindern. (Successful treatment of infantile myxoedema.)** *Med. Record. 21. Juli 1894.*

Fall 1 betrifft einen Knaben von 4 Jahren und 8 Monaten, der jeden Tag $^1/_4$ Schilddrüse vom Schafe erhielt. Nach 14 Monaten war das myxoedematöse Aussehen verschwunden.

Fall 2 betrifft ein 19jähriges Mädchen, bei dem kein rechter Fortschritt erzielt wurde, zum Theil wohl, weil die Behandlung 3 Monate lang ausgesetzt wurde.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

g. Oesophagus.

191) **Riedel** (Jena). **Fremdkörper im Oesophagus.** *Corresp.-Blätter d. Allgem. ärztl. Vereins v. Thüringen. 1. 1894.*

Ein künstliches Gebiss wurde durch die Oesophagotomie entfernt.

SEIFERT.

192) **Boewer** und **Koch. Fremdkörper im Oesophagus. (Corps etranger de l'oesophage.)** *Annales des maladies du larynx. No. 8. 1894.*

Der 4:3 cm messende Fremdkörper steckte im Oesophagus in der Höhe des 6. Halswirbels und der hinteren Fläche des Ringknorpels; er wurde mittelst einer der Graefe'schen ähnlichen Zange extrahirt.

E. J. MOURE.

193) **Schwarzenbach** (Dendlikon). **Oesophagus-Divertikel.** Zürcher Dissertation. 1893.

Pulsationsdivertikel eines 63jährigen Mannes, von Billroth mit vollkommenem Erfolge operirt. Verf. stellt es als wahrscheinlich hin, dass sämmtliche Pulsionsdivertikel der Speiseröhre aus unvollständigen inneren Halsfisteln im Bereiche der 4. Kiemenfurche hervorgegangen sind, schliesst jedoch daneben die Bildung von intra vitam entstehenden pharyngocelen Ausstülpungen der Schleimhaut zwischen Pharynx- oder Oesophagusmusculatur hindurch nicht aus.

JONQUIÈRE.

194) **v. Hacker** (Wien). **Zur Behandlung tiefsitzender Narbenstricturen der Speiseröhre durch Sondirung ohne Ende nach temporärer Gastrotomie und Oesophagostomie. Mit Bemerkungen über die Verwendung ausgezogener Drains zur Drainage, Dilatation und Sondirung ohne Ende.** *Wiener klin. Wochenschr. 1894. No. 25 u. 26.*

v. H. führt ein über einen Fischbeinstab (oder über eine lackirte Darmsaite) etwas ausgezogenes Drainrohr in die Strictur ein und lässt sie liegen. Das Drainrohr (nach Entfernung des Stabes) verkürzt sich und wird dadurch dicker und dilatirt so sehr energisch. v. H. hat dieses Verfahren bei Stricturen des Oesophagus, Rectums, Kehlkopfes und der Trachea mit Erfolg oft angewendet, selbst bei Carcinoma oesophagi. Auch um ein weiches Rohr in die Highmorshöhle einzuführen.

v. H. beschreibt einen Fall von sog. impermeabler Strictur des Oesophagus; erst nach Gastrotomie und Oesophagostomie und vielen Versuchen innerhalb 8 Monate gelang es eine Darmsaite durch die Strictur zu führen. Von da an Sondirung ohne Ende mit immer dickeren Drains und Bougies, zuletzt vom Munde aus, so dass schon einen Monat später Charrière No. 23 leicht vom Munde aus passirte.

Schluss der Oesophagus- und Magenfistel bald darauf. Bougirung natürlich noch nothwendig.

v. H. betont, dass die beste Methode der Gastrostomie die durch den linken M. rectus abdominis ist, da seine Fasern einen natürlichen Sphincter bilden und der Schluss der Fistel durch ein Drainrohr ganz exact ist. Die Drains dürfen täglich nur einige Stunden liegen, da längeres Verweilen derselben Decubitus in der Gegend des Ringknorpels veranlassen kann. Die erste Sondirung muss mit grosser Sorgfalt gemacht werden, um falsche Wege zu vermeiden. Oesophagostomie erleichtert in sehr schwierigen Fällen die erste Sondirung. Gastrostomie möchte v. Hacker immer rathen, da man Zeit gewinnt und den Patienten gut nähren kann. v. Hacker glaubt, dass sein Verfahren gefahrloser sei als die innere Oesophagostomie nach angelegter Oesophagusfistel. **CHIARI.**

195) **Schmidt** (Cuxhaven). **Zum äusseren Stricturschnitt am Oesophagus.** *Dtsch. Zeitschr. f. Chirurgie. 39. Bd. 5. u. 6. Heft. 1894.*

Bei einer völlig undurchgängigen Oesophagusstrictur in der Höhe des Ringknorpels hat Sch. zuerst unterhalb der Strictur eine Fistel zur Ernährung des Kranken angelegt und später, nachdem Pat. sich erholt hatte, unter Leitung einer stählernen Uterusdilatationssonde die Strictur gespalten. Nachbehandlung mit Oliven-Knopfsonde. Heilung. **SEIFERT.**

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) **Kuhnt** (Königsberg). **Ueber die entzündlichen Erkrankungen der Stirnhöhlen und ihre Folgezustände.** Wiesbaden. J. F. Bergmann. 1895.

Die vorliegende klinische Studie ist aus der Praxis und für die Praxis entstanden, wie der Verf. in seinem Vorwort sagt. Wir Rhinologen freuen uns, dass ein Ophthalmologe in so eingehender, von der grössten Literatur- und Sachkenntniss zeugender Weise ein Kapitel der Rhinologie bearbeitet hat und damit den Beweis von der Wichtigkeit des so lange stiefmütterlich behandelten Specialfaches liefert. Wir möchten wünschen, dass alle Ophthalmologen dem Beispiele des Verf. folgend die Beziehungen der Erkrankungen der Nase und ihrer Nebenhöhlen zu denen des Auges in ausgiebigster Weise berücksichtigen würden. (In Würzburg findet schon seit mehr als einem Decennium eine solche gemeinsame Arbeit der Ophthalmologen und Rhinologen statt und hat schon schöne Resultate gezeitigt.)

Die klinischen Beobachtungen K.'s stützen sich auf 24 Fälle von sicheren Erkrankungen des Sinus frontalis, von denen 2 bestanden in Periostitis des oberen Margo orbitalis mit Lid- und beginnender Orbitalphlegmone, 3 mal war diese verbunden mit Exophthalmus und Dislocation des Bulbus nach unten und aussen.

In 6 Fällen trat die Erkrankung des Sinus frontalis unter dem Bilde der Knochenfistel des oberen Orbitalrandes mit Verkürzung und mehr weniger ausgesprochenem Ectropium der Palpebra superior, und 13 mal unter dem Bilde von Supraorbitalneuralgien auf.

Bei Besprechung des klinischen Bildes unterscheidet K. eine Sinuitis catarrhalis acuta und chronica, während die Bezeichnung des Empyems nur für solche Fälle gilt, in denen eine wirkliche Eiter-Hydrops oder Mucocele, also eine wirkliche Schleimabsackung vorliegt. Wo neben dieser eine Gewebsnecrose in die Erscheinung tritt, spricht er von einem Stirnhöhlenabscess. Die Detaillirung des klinischen Bildes ist eine sehr eingehende, es werden die Störungen des Allgemeinbefindens, die ätiologischen Momente, die pathologische Anatomie, die Diagnose und die Therapie besprochen. Für die Diagnostik kommt nach K. die Durchleuchtung der Höhle wesentlich in Betracht.

Den Complicationen ist ein ausführliches Kapitel gewidmet. Dieselben beziehen sich auf Augenhöhle und Sehorgan und werden ihrer Genese nach eingetheilt in solche, welche durch Einwirkung mechanischer Verhältnisse (Verlagerung der Contenta der Augenhöhle und des Auges) bedingt sind oder in entzündlichen Veränderungen bestehen durch Verschleppung oder Fortleitung vom Sinus frontalis aus oder schliesslich functionelle Störungen darstellen.

Der zweite Abschnitt dieses Kapitels ist der Besprechung der secundären Störungen gewidmet, welche das Cavum cranii treffen können. Im Anhang sind die Krankengeschichten mitgetheilt.

Es ist aus dieser kurzen Inhaltsangabe ersichtlich, dass diese Studie für den Rhinologen von noch höherem Interesse ist als für den Ophthalmologen.

Seifert.

---

b) **Otto Seifert** und **Max Kahn. Atlas der Histopathologie der Nase, der Mundrachenhöhle und des Kehlkopfes.** Wiesbaden. Verlag von J. F. Bergmann. 1895.

Der Titel des vorliegenden Werkes entspricht genau seinem Inhalt. Das Buch besteht aus einer Reihe von Tafeln, 40 an der Zahl, deren jede 2 Abbildungen bringt. Diese sind chromolithographische Darstellungen von so hervorragend vortrefflicher Ausführung, dass die Autoren des schönen Werkes unseren Dank und Glückwunsch verdienen. Die Bilder stellen mikroskopische Schnitte der verschiedenen Krankheitsprocesse und Neubildungen der Nase, der Mundhöhle und des Kehlkopfs dar. Die Präparate sind nach den neuesten Methoden zur Darstellung gebracht und gefärbt und in jedem Falle ist eine beträchtliche Partie des fraglichen Gewebes abgebildet. Zur Färbung ist Delafield's Hämatoxylin oder Boraxcarmin benutzt, in einigen Präparaten auch die Russel'sche Methode. Die Wiedergabe der verschiedenen Farben ist eine hervorragend gute; die Bilder sind fast ohne Ausnahme als fehlerlos zu bezeichnen.

Einige Tafeln veranschaulichen auch die normalen Verhältnisse der betreffenden Gewebe.

Jedem Bild ist eine ausführliche Beschreibung beigegeben; die einschlägige Literatur anzugeben, lag nicht in der Absicht der Autoren, wie sie in der Vorrede selbst bemerken.

Für ein Werk, wie das vorliegende, ist Vollständigkeit Pflicht; dass dieselbe thatsächlich erreicht ist, lehrt ein Blick auf das Inhaltsverzeichniss.

Erwähnt sei aus der Tafel über die Rhinitis acuta, dass die „Fuchsinkörperchen", die Russel beim Carcinom beschrieb und denen manche Autoren noch parasitären Charakter zuschreiben, vorzüglich wiedergegeben sind.

Von selteneren Krankheitsbildern ist im Abschnitt über die Nase ein Melanosarcom abgebildet; ähnliche Tumoren sind am Gaumen beobachtet worden; doch dürfte den Verfassern kein derartiger Fall vorgekommen sein; anderenfalls hätten sie ihn wohl zweifellos zur Darstellung gebracht. Dagegen finden sich von Tumoren des Gaumens abgebildet ein adenoider Polyp, ein Fibrom und ein Papillom der Uvula.

Da ein Teratom des Pharynx abgebildet ist, war es wohl nicht nöthig, auch ein solches des Gaumens zu zeichnen; dagegen muss es als eine Unterlassung bezeichnet werden, dass unter den Erkrankungen des letztgenannten Theiles die gewöhnliche Form von Gaumentumoren fehlt, nämlich der Tumor, der den in der Parotis und in den submaxillaren Speicheldrüsen, ferner auch in den Labialdrüsen beobachteten Neubildungen ähnlich ist, das Myxochondrom, das durch Metaplasie jugendlichen Bindegewebes entsteht, indem die Zellen des letzteren cylindrisch verzweigt bleiben und drüsige Structur vortäuschen.

Die Tumoren der Zunge würden ganz vollständig sein, wenn — vom Lipom abgesehen — das Bild eines thyroidealen Adenoms aufgenommen wäre, einer aus schilddrüsenähnlichem Gewebe bestehenden Geschwulst, die in der Substanz der Zunge vom Ductus lingualis ihren Ursprung nimmt.

Der bedeutsamste Abschnitt des Atlasses, besonders soweit die Neoplasmen in Frage kommen, ist der dem Larynx gewidmete Theil; derselbe ist von ausserordentlicher Reichhaltigkeit.

In einem Falle von Lepra sind die specifischen Organismen im Gewebe dargestellt.

Unica dürfen in einem Werke wie das vorliegende natürlich nicht gesucht werden; zu ihnen rechnen wir z.B. das papillentragende Carcinom, das Semon und der Referent beschrieben haben (Trans. Pathol. Soc. 1894), wo der hervorragende Theil der Geschwulst von ausserordentlich zarten Papillen gebildet war und eine Einzellage cubischen Epithels jede Papille bedeckte; ein Bild, das von der gewöhnlichen Form des laryngealen Papilloms stark verschieden ist; die gedachte Neubildung ging auch wohl von den drüsigen Theilen aus.

Unter den Krankheiten der Trachea findet sich ein Papillom und ein seltener Fall von Osteom; die tuberkulösen und syphilitischen Processe sind an anderen Theilen bereits zur Genüge illustrirt. Ein primäres Carcinom der Trachea ist nicht abgebildet; es kommt jedoch vor, wenn es auch ausserordentlich selten ist.

Gegenüber der grossen Zahl der Bilder, die die Verff. bringen, sind die

Mängel jedenfalls verschwindend wenige und die Autoren werden die paar Lücken wohl später, in Gestalt eines Anhangs oder einer Fortsetzung, ausfüllen. Alles in Allem können wir dem schönen Atlas gegenüber nur sagen, dass er vollständig das leistet, was die beiden Verff. damit zu geben sich vorgenommen haben.

S. G. Shattock (London).

---

c) **W. Watson Williams** (Bristol). **Die Krankheiten der oberen Respirationswege, der Nase, des Rachens und des Kehlkopfs. (Diseases of the upper respiratory tract, the nose, pharynx and larynx.)** Mit Illustrationen. Bristol, John Wright u. Co. p. 282.

Den Lobsprüchen, welche diesem für Studirende und praktische Aerzte bestimmten Handbuch allseitig in der englischen Presse gezollt worden sind, können wir uns uneingeschränkt anschliessen. Es ist dem Verf. in dem knappen Rahmen von 282 Seiten gelungen, dem Leserkreise, für welchen sein Buch bestimmt ist, ein ebenso vollständiges, wie auf dem Boden modernster Wissenschaft stehendes Bild unserer Kenntnisse auf laryngo-rhinologischem Gebiet zu geben, und dabei sein Werk durchaus praktisch zu gestalten. Ohne auf Originalität Anspruch zu erheben, ohne auf Controversen einzugehen, hat er doch über alle, unsere Specialität bewegenden Fragen ein sicheres, eigenes, stets in maassvoller Form ausgedrücktes Urtheil, und der Lernende darf sich seiner Führung getrost anvertrauen. Seine Therapie ist eine durchaus moderne, seine Literaturkenntniss eine ausgedehnte, die Berücksichtigung der Leistungen anderer Fachgenossen eine durchgehende. Die Illustrationen sind zum grössten Theil eigenen Beobachtungen entnommen und entsprechen trefflich ihrem Zweck. Kurz: es ist leicht, dem Werke eine gute Prognose zu stellen, und wir beglückwünschen den Verf. zu seiner Arbeit, die — für England wenigstens — einem wirklichen Bedürfniss abgeholfen hat.

Felix Semon.

---

d) **Arthur Kuttner** (Berlin). **Larynxoedem und submucöse Laryngitis.** Eine historisch-kritische Studie. Berlin, Georg Reimer. 1895. (In etwas verkürzter Form auch im Virchow'schen Archiv, Vol. 139, Heft 1, 1895, erschienen.)

Zu verschiedenen Malen hat der Berichterstatter gelegentlich im Laufe der letzten zehn Jahre mit steigendem Nachdruck seine, auf Grund klinischer Beobachtung gewonnene Ueberzeugung betont, dass die gegenwärtig ziemlich allgemein als pathologisch verschieden angesehenen, einzelnen Formen septischer Halsentzündungen, die unter den Namen: Entzündliches Oedem des Pharynx und Larynx, Erysipelas des Rachens und Kehlkopfs, Phlegmonöse Pharyngitis und Laryngitis, Angina Ludovici, einhergehen, in Wirklichkeit pathologisch identisch mit einander seien, und nur an Localisation und Virulenz verschiedene Abstufungen eines und

desselben infectiösen Processes darstellten. Er ist aber mit dieser Ueberzeugung, die er, durch andere Arbeiten in Anspruch genommen, bisher noch nicht ausführlich begründen konnte, bisher anscheinend ziemlich vereinzelt geblieben und nur in dem neuen Werke Moritz Schmidt's finden sich ähnliche, wenn auch nicht so weit gehende Ideen als die seinen.

Unter diesen Umständen ist es ihm natürlich eine ganz besondere Freude und Genugthuung, eine vorzügliche Arbeit anzeigen zu können, die auf Grund sorgfältiger historisch-kritischer Studien genau zu gleichen Anschauungen gelangt, wie es die seinen sind. Dr. A. Kuttner hat sich ein wirkliches Verdienst dadurch erworben, dass er die auf diesem Gebiete herrschende Confusion in ihrer geschichtlichen Entwicklung gründlich beleuchtet und auf Grund des umfangreichen von ihm gesichteten Materials Ordnung in die ganze Frage zu bringen versucht hat. Es war in der That hohe Zeit, dass etwas in dieser Richtung geschah. Während noch heute anstandslos so grundverschiedene Dinge, wie das acute entzündliche Oedem, das einfache Stauungsoedem bei Morbus Brightii, das angioneurotische Oedem, das Jodoedem in einem und demselben Kapitel sehr moderner Lehrbücher der Kehlkopfkrankheiten abgehandelt werden, geht die Tendenz der Neuzeit im Allgemeinen dahin, wirklich zusammengehörige Dinge, wie das sogenannte Erysipel des Kehlkopfs und die primären phlegmonösen Processe der oberen Luftwege von dem acuten entzündlichen Oedem ganz abzuspalten und jede dieser Erscheinungsformen streng gesondert als eine Krankheit sui generis darzustellen. Der so offenbare Zusammenhang aller dieser Dinge unter einander und mit der sogenannten Ludwig'schen Angina wird mehr und mehr aus dem Gesicht verloren.

Kuttner's Studie, welche — abgesehen von der Ludwig'schen Angina, die er merkwürdiger Weise kaum berührt — diesen Zusammenhang auf's Klarste nachweist, muss daher als ein wichtiger Schritt auf dem rechten Wege begrüsst werden. Dass sie die Aufgabe völlig erschöpfend gelöst hat, kann freilich nicht behauptet werden. Auch wenn man von dem Mangel der Besprechung der serös-purulenten, acuten septischen Entzündung des Zellgewebes des Halses (Angina Ludovici) absieht, so wird man eine klinische Darstellung des stufenweisen, unmerklichen Ueberganges der einzelnen Formen der septischen Entzündungen des Rachens und Kehlkopfs in einander von den leichtesten bis zu den schwersten Formen, die Entwicklung eines einheitlichen Krankheitsbildes, eine volle Erklärung der Verschiedenheiten der primären Localisation in den einzelnen Formen vermissen. Der Berichterstatter hofft, dass die Darstellung seiner eigenen Erfahrungen und Ansichten über diese Fragen, an welche er in diesem Augenblicke die letzte Hand anlegt, als eine Ergänzung der Kuttner'schen Studie dienen wird. Aber abgesehen von diesen Ausstellungen bleibt des Rühmenswerthen gar viel an der Kuttner'schen Arbeit übrig.

Der Verfasser beginnt mit einer durch ihre Objectivität ausgezeichneten kritisch-historischen Schilderung der Geschichte der Frage, welche fast die Hälfte der ganzen Monographie einnimmt, und weist an der Hand seiner historischen Studien, welche mit Hippocrates beginnen und bis zu der Schilderung der Senator'schen „acuten, infectiösen Phlegmone des Pharynx" reichen, nach, in

welcher Weise allmälig die gegenwärtig herrschende Verwirrung eingerissen ist. Seine Beschreibung ist hochinteressant. Es schliesst sich an dieselbe die Mittheilung einiger selbst beobachteter einschlägiger Fälle. Sodann folgt eine kritische Besprechung der Bakteriologie acuter septischer Entzündungen, der vermeintlichen grundlegenden Verschiedenheiten zwischen dem Erysipel, das seinen primären und hauptsächlichen Sitz in der Cutis haben und der Phlegmone, die sich im Unterhautbindegewebe abspielen soll. Kuttner zeigt aber, wie unmöglich es ist, diese beiden Processe streng von einander zu trennen, und wie häufig Uebergangsformen vorkommen, und gelangt schliesslich zu dem Resultat (p. 61): „Erysipel und infectiöse Phlegmone des Larynx sind also nach dem heutigen Stande unseres Wissens nicht unterscheidbar nach ihrer Aetiologie. Das klinische Bild beider Affectionen ist oft zum Verwechseln ähnlich.“ Das ist, wie man sieht, ein Standpunkt, der sich mit dem des Berichterstatters völlig deckt, und letzterer bedauert nur, dass die diesem Citate folgenden Worte und einige andere Aeusserungen des Verfassers (pp. 51, 54, 55 etc.) so gedeutet werden könnten, als ob er trotz alledem an einer Verschiedenartigkeit der einzelnen Formen der septischen Halsentzündungen festzuhalten wünsche. Er ist jedoch von dem Verfasser, mit dem er über diese Fragen correspondirt hat, zu der Erklärung ermächtigt, dass derselbe voll und ganz auf demselben Standpunkt steht, wie er selbst und erwähnt dies hier, um möglichen Missdeutungen einzelner Aeusserungen Kuttner's vorzubeugen.

Im weiteren Verlaufe seiner Arbeit bespricht der Verfasser einzelne specielle Formen des Oedems, und macht den Vorschlag (p. 65), den bisher so wahllos gebrauchten Namen „Larynxoedem“ nur für diejenigen Erkrankungen zu reserviren, welche man früher als „einfache und passive Oedeme“ bezeichnet hat. Das ist — wenn man überhaupt dem Oedem des Larynx eine besondere Stellung einräumen will — ein sehr beherzigenswerther Vorschlag. Der Berichterstatter glaubt indessen, dass der herrschenden Verwirrung ein noch schleunigeres Ende gemacht werden würde, wenn man sich entschliessen wollte, das Oedem des Kehlkopfs als besonderes Krankheitsbild ganz fallen zu lassen! Schliesslich ist dasselbe doch nur ebenso ein „Symptom“ pathogenetisch durchaus verschiedener Processe, wie z. B. der „Husten“, und so wenig als letzterem in den meisten Werken ein besonderes Kapitel eingeräumt ist, so wenig erforderlich dürfte dies für das Oedem des Kehlkopfs sein. — Diese Frage, wie überhaupt viele durch die Kuttner'sche Arbeit angeregte, so z. B. die ganze Frage der Nomenclatur der einschlägigen Formen, dürfte für die nächste Zeit zu den brennenden der laryngologischen Literatur gehören. Die Kuttner'sche Arbeit schliesst mit einem sehr beachtenswerthen Schema für die Eintheilung der einzelnen Formen der „Laryngitis submucosa acuta“ und des „Larynxoedems“, welches jedenfalls ein besseres ätiologisches Verständniss anbahnt, und mit einem nicht weniger als 329 Nummern zählenden Literaturverzeichniss. Sie ist als eine der wichtigsten Erscheinungen im Gebiet unserer neueren Literatur zu bezeichnen, und der Berichterstatter wünscht dem Verfasser seinen aufrichtigen Glückwunsch zu diesem schönen Werke auszusprechen.

Felix Semon.

---

e) Berliner Laryngologische Gesellschaft.

Sitzung vom 6. Juli 1894.

Treitel stellt einen Fall von innerhalb eines Jahres sich entwickelndem primärem Lupus des weichen Gaumens, der linken Tonsille und des linken Seitenstranges vor.

Fränkel kann keine Knötchen entdecken und stellt es dahin, ob es sich nicht um Tuberkulose handele.

Treitel will früher Knötchen gesehen haben; Jodkali hatte keinen Erfolg.

Flatau stellt eine Patientin vor, die vor 1 Jahre Pharyngitis gummosa hatte, bei der auch die Plica salpingopharyng. und das Rachendach betheiligt war. Einige Wochen nach der Heilung stellte sich ein Recidiv ein. Am Velum trat eine Perforation auf. Trotz Anfrischung ihrer Ränder und Aetzung derselben, sowie Staphyloraphie erzielte man keinen Verschluss; ebenso war ein zweiter Versuch erfolglos.

Fränkel macht darauf aufmerksam, dass Functionsstörungen eintreten, wenn die Perforation oberhalb der Stelle liegt, die mit dem Constrictor pharyngis sup. in Berührung kommt.

Treitel sah in einem ebensolchen Falle, wie der Flatau'sche ist, keinen Erfolg von Quecksilber und Jodkali, dagegen wurde nach einer Kur in Aachen und späterer Naht Heilung erzielt.

Heymann stellt die am 3. November v. J. bereits demonstrirte Patientin (cf. X. No. 8), bei der die Diagnose zwischen Lupus und Syphilis schwankte, noch einmal vor, um zu zeigen, dass an den unteren Augenlidern sich Lupus ausgebildet habe.

Demme stellt eine Patientin vor mit lupösen Geschwüren vor und hinter dem linken Ohr; vor $1^1/_4$ Jahren zeigte sich ein Geschwür am linken Augenwinkel; die linke Nase ist mit blutenden Granulationen ausgefüllt. Seit 3 Wochen kraterförmiges Ulcus am harten Gaumen. Jodkali brachte keinen Erfolg; Tuberkelbacillen fanden sich nicht im Geschwürsgrund.

Herzfeld hat die Pat. vor ca. 3 Wochen gesehen und bemerkte am harten Gaumen eine harte Anschwellung, die schmerzlos war und nach einigen Tagen in Ulceration überging; er sprach die Affection für specifisch an.

Fränkel kommt durch das Ulcus des harten Gaumens auf rauhen beweglichen Knochen.

Demme glaubt sich wegen der Granulationen am Septum der Nase zu der Diagnose Lupus berechtigt.

Scheinmann berichtet weiter über den schon referirten Fall von Sarcom des Nasenrachens bei einem Kinde, dass der Tumor von der Rachentonsille ausgegangen sei. — Ferner demonstrirt er einen Trepan zur Eröffnung der Oberkieferhöhle.

Flatau erinnert an einen dem Sch.'schen ähnlichen Fall aus der französischen Literatur. — Für die Eröffnung der Oberkieferhöhle habe Tornwaldt schon einen Trepan angegeben, er ziehe Hammer und Meissel vor.

Herzfeld: Tornwaldt's Trepan arbeite von der Nase aus; er benutze lieber die Bohrmaschine und den Meissel.

Heymann demonstrirt ein Präparat, an dem Narben (und Ulcerationen) im Rachen und in den Respirationsorganen sichtbar sind. Die Geschwüre wurden von verschiedenen Dermatologen bei Lebzeiten des Patienten für lupöse resp. syphilitische erklärt. Durch die Narbenretraction im Kehlkopf stellte sich eine Stenose ein; bald nach der deswegen vorgenommenen Tracheotomie starb der Pat., wie die Section ergab, an Meningitis tuberculosa. In der Lunge fanden sich Narben, die Hansemann für verdächtig auf Syphilis erklärte. Virchow hält die Narben des Kehlkopfs für syphilitische, den Process an der Zunge für tuberkulös.

A. Rosenberg.

---

f) Londoner Laryngologische Gesellschaft.

Sitzung vom 9. Mai 1894.

Vorsitzender: Dr. Felix Semon.

Dr. Dundas Grant: Lupus der Nase und des Kehlkopfs.

Demonstration eines typischen Falles, der mit Curettement und Milchsäure local und Arsenik innerlich behandelt worden war. Eine Verbesserung war zu constatiren.

Dr. Dundas Grant: Wahrscheinliches Kehlkopfepitheliom.

Der Patient war ein 67jähriger Lehrer, der seit drei Jahren an Heiserkeit gelitten hatte. Geringer Stridor, keine Vergrösserung der Halsdrüsen, das linke Stimmband in seiner ganzen Länge von einem blassröthlichen, leicht granulirenden Geschwür eingenommen und unbeweglich nahe der Mittellinie fixirt. Der Vortragende hielt den Fall für ein Carcinom, wünschte aber die Ansichten der Gesellschaft hinsichtlich der Räthlichkeit der Vornahme der Thyreotomie zu hören, da die Probeentfernung eines Geschwürtheils behufs mikroskopischer Diagnose unmöglich war.

Der Präsident stimmte mit der Diagnose überein, und hielt die Vornahme einer exploratorischen Thyreotomie für vollständig gerechtfertigt.

Dr. Dundas Grant: Paralyse der Mm. thyreo-arytaenoidei.

Der Patient war ein 24jähriger Postbeamter, der seit drei Jahren an Heiserkeit ohne irgend welche sonstigen Symptome gelitten hatte. Bei der Inspection des Kehlkopfs während der Athmung war nichts Anormales ausser leichter Congestion der Stimmbänder zu sehen. Die respiratorischen Bewegungen der Stimm-

bänder waren normal, bei der Phonation aber blieb eine beträchtliche elliptische Oeffnung zwischen ihnen, ausgenommen an ihren vorderen und hinteren Enden. Die Giesbeckenknorpel legen sich prompt an einander, und ebenso die Taschenbänder, besonders bei forcirter Phonation. Letztere sind hypertrophisch und tragen wahrscheinlich zur Stimmbildung bei. Die Sprechstimme ist heiser und tief, der Pat. kann aber heisere schwache Töne produciren, welche sich durch beinahe drei Octaven erstrecken. Dieser Stimmumfang deutet nach der Ansicht des Vortragenden auf ungestörte Thätigkeit der Crico-thyreoidei hin, welche sich auch weiterhin durch die fühlbare Contraction dieser Muskeln bei dem Versuche zu singen bestätigen lässt. Der Fall wurde behufs Bestätigung der Diagnose vorgestellt; er sollte mit intralaryngealer Electrisirung behandelt werden.

In der Discussion meinten Dr. Spicer und Dr. Beale an einem der Processus vocales einen deutlichen Vorsprung zu sehen, und hielten den Fall für Pachydermie. Die Heiserkeit war ihrer Meinung nach das Resultat mechanischer Verhinderung der Juxtapposition der Stimmbänder. Der Präsident konnte sich von der Existenz eines solchen Vorsprungs nicht überzeugen, und stimmte mit Dr. Grant in der Auffassung überein, dass es sich um eine Lähmung handelt.

Mr. R. Lake: Entfernung des rechten Schilddrüsenlappens wegen Basedow'scher Krankheit.

Die Patientin, ein 19jähriges Mädchen, zeigte die ersten Symptome des Leidens im August 1893. Ihre Augen, die stets prominent gewesen waren, traten noch weiter hervor, Palpitationen und Ohnmachtsanfälle traten auf, der Puls war durchschnittlich circa 100, die Temperatur Abends erhöht. Am 11. Februar 1894 wurde der rechte Lappen der vergrösserten Schilddrüse entfernt. Die Temperatur fiel unmittelbar nach der Operation, und war in zehn Tagen normal, während der Puls in derselben Zeit auf 80 herunterging. Der Exophthalmus verschwand fast vollständig und zeigte sich nur, wenn die Patientin, was häufig geschah, erbrach. Die Herzpalpitationen und Ohnmachtsanfälle verschwanden gänzlich; die Patientin fühlte sich sehr wohl. Der linke Schilddrüsenlappen verkleinerte sich spontan. Mikroskopisch erwies sich der entfernte Kropftheil als mit kleinen Cysten durchsetzt, während die Acini lebhafte Zellproliferation zeigten.

In Beantwortung einer Frage des Präsidenten fügte Mr. Lake hinzu, dass er die Erkrankung der Schilddrüse als die Hauptursache der nervösen Symptome des Leidens betrachte, und zur Vornahme der Operation durch die guten Erfolge Anderer ermuthigt worden sei. Es schloss sich eine kurze Discussion an, in welcher die Frage erörtert wurde, ob die Darreichung von Schilddrüsensaft bei Fällen Basedow'scher Krankheit nutz- oder schadenbringend sei. Die Meinungen gingen darüber auseinander.

Dr. Felix Semon: Lupus des Pharynx und Larynx.

Die Patientin, ein 10jähriges Mädchen, wurde wegen ausgedehnten Lupus des Rachens und Kehlkopfs demonstrirt, der von keinen Läsionen der Haut oder

der Nase begleitet war. Die Epiglottis war fast vollständig zerstört, das Innere fast des ganzen Kehlkopfs hochgradig verdickt und ulcerirt. Eine Behandlung war noch nicht vorgenommen.

Dr. Felix Semon: Zwei Fälle zweifelhaften Kehlkopfkrebses, behandelt mittelst der Thyreotomie und radicalen Entfernung der Geschwülste.

Die beiden Fälle haben das gemeinsam, dass weder die klinische Beobachtung noch die histologische Untersuchung entfernter Geschwulsttheile die Diagnose der Bösartigkeit über allen Zweifel gesichert hatten. Es war indessen in beiden Fällen für richtig gehalten worden, eine Radicaloperation vorzunehmen.

Fall I. In diesem Falle, dem eines 63jährigen Herrn, nahm eine undeutlich begrenzte papilläre Geschwulst die vordere Hälfte des rechten Stimmbandes, die vordere Commissur und den Vordertheil des linken Stimmbandes ein. Das Leiden hatte mehrere Monate vor der Demonstration begonnen und die Stimme war vollständig aphonisch. Nach wiederholten intralaryngealen Entfernungen traten immer und immer wieder Recidive auf, und nach einer Consultation mit Mr. Butlin wurde am 12. Juli 1893 die Thyreotomie vorgenommen. Die vorderen Abschnitte beider Stimmbänder und der vordere Winkel des Schildknorpels, welcher infiltrirt erschien, wurden entfernt, und die Wunde in der gewöhnlichen Weise mit Jodoformgazetamponade und Jodoformeinblasungen behandelt. Der Patient genas nach einem heftigen Anfall von Bronchitis, und kehrte 6 Wochen nach der Operation in seine Heimath zurück. Ein Recidiv war nicht erfolgt, aber die Stimme war aphonisch geblieben in Folge einer grossen Lücke im vorderen Theil der Glottis, welche durch die Entfernung der vorderen Abschnitte beider Stimmbänder verursacht worden war. Die ursprünglich entfernten Geschwulsttheile waren anscheinend papillärer Natur, aber von Anfang an ausgezeichnet durch sehr ungewöhnliche Dicke des Epithels, welches allmälig mehr und mehr verhornte, wie die Untersuchung weiterer entfernter Fragmente erwies. Gleichzeitig zeigte sich eine immer zunehmende Anzahl von kleinen Rundzellen in den Präparaten. Es war auf den dringenden Rath des Pathologen (Mr. Shattock), dass die Radicaloperation beschlossen wurde. Selbst die Untersuchung der bei letzterer entfernten Geschwulsttheile liess es zweifelhaft, ob es sich um einen Fall von beginnender bösartiger Erkrankung handelte, die möglicherweise in dem Stadium war, welches bei Zungengeschwülsten als „precancerous“ bezeichnet wird.

Fall II. Der Patient war ein 55jähriger Oberst, der den Vortragenden am 28. April 1893 consultirte. Er hatte seit etwa einem Monat an Heiserkeit gelitten, und am freien Rande und unterhalb der Mitte des linken Stimmbandes zeigte sich eine kleine röthliche Geschwulst. Sie war halbkugelförmig, etwa von der Grösse einer halben Erbse, leicht granulirt und breitbasig, so dass sie ganz unmerklich in das congestionirte Stimmband selbst überging, dessen Bewegungen ungestört waren. Anfänglich zeigten sich keine besonderen Anhaltspunkte für Bösartigkeit; im Verlaufe der nächsten zwölf Monate aber wuchs die Geschwulst allmälig, in-

filtrirte das linke Stimmband mehr und mehr, so dass schliesslich keine Demarcationslinie zwischen Neubildung und Stimmband bestand, und hatte im April 1894 zu einer fast gleichmässigen Verdickung des Stimmbandes geführt, dessen Bewegungen nunmehr etwas träger geworden waren. In Folge der Gleichmässigkeit der Infiltration war es völlig unmöglich, ein Stück behufs mikroskopischer Untersuchung zu entfernen. Die ganze Entwicklung aber machte, zusammengehalten mit dem Alter des Patienten, die Geschwulst äusserst verdächtig, und nach einer Consultation mit Mr. Butlin wurde am 26. April die Thyreotomie vorgenommen. Als der Kehlkopf geöffnet wurde, zeigte sich das linke Stimmband als ein cylinderförmiger, unregelmässiger und granulirter Körper, der stark verdickt war, jedoch war die Geschwulstbildung streng auf das Stimmband selbst beschränkt. Es wurde in toto entfernt und die Basis curettirt. In Befolgung der kürzlich von Mr. Butlin gegebenen Rathschläge (vergl. diese Nummer p. 541) wurde die Hahn'sche Schwammcanüle sofort nach der Operation entfernt und keine andere Canüle eingeführt; der Patient wurde in vollständig horizontale Seitenlage gebracht und die Wunde einfach mit Jodoform eingestäubt. Die Reconvalescenz war äusserst schnell und günstig. Der Patient konnte 3 Stunden nach der Operation Milch per os geniessen, die Temperatur stieg niemals über 38; er stand am dritten Tage auf. Zur Zeit der Demonstration (14 Tage nach der Operation) war die äussere Wunde geschlossen und die Stimme ziemlich kräftig, während die Stelle des linken Stimmbandes von einer üppig granulirenden Wundfläche eingenommen war. Die mikroskopische Untersuchung des entfernten Stimmbandes war noch nicht fertig abgeschlossen. Es schien sich nach Mr. Shattock's Ansicht um ein „continuirliches Fibrom" zu handeln, d. h. eine Neubildung, welche unmerklich in das normale Gewebe der Matrix übergeht, wie beim Molluscum fibrosum. Das Epithel war stark verdickt und zeigte eine leichte Tendenz zur Zapfenbildung nach innen. Ein weiterer Bericht über die Resultate der mikroskopischen Untersuchung wurde in Aussicht gestellt.

Beide Fälle illustrirten die Schwierigkeit, eine Behandlungsmethode zu wählen, besonders wenn es, wie im letzten Falle, unmöglich ist, einen Theil der Geschwulst behufs mikroskopischer Untersuchung zu entfernen. Der Vortragende schloss mit einer warmen Empfehlung der Butlin'schen Nachbehandlungsmethode, welche die Vornahme der Thyreotomie zu einer viel einfacheren und gefahrloseren Operation gestaltet hätte.

Dr. Felix Semon: Weiterer Verlauf eines Falles von obscurer Ulceration des Rachens bei zum Stillstand gekommener Lungen- und Kehlkopftuberkulose (vgl. Centralbl. Vol. X. p. 590).

Der Patient wurde von Neuem gezeigt. Nach seiner Rückkehr nach Bournemouth hatte Dr. Davison die Geschwüre im Rachen curettirt und das entfernte Material von einem erfahrenen Bakteriologen, Mr. Turner, untersuchen lassen, welcher bei sorgsamer Untersuchung dreier verschiedener Präparate keine Tuberkelbacillen gefunden hatte. Dieses Resultat bestätigt die Ansichten, die der Vortragende bei der ersten Vorstellung ausgesprochen hatte, nämlich, dass die pha-

ryngealen Geschwüre nicht tuberkulöser Natur seien. Zur Zeit der zweiten Demonstration war die Ulceration unter weiterem Gebrauch von Acidum lacticum geheilt; da aber der Patient schon früher angegeben hatte, dass er einmal eine ähnliche Ulceration gehabt habe, die nach einiger Zeit spontan geheilt sei, so war die Beziehung zwischen dem „post hoc“ und „propter hoc“ durchaus nicht vollständig aufgeklärt.

An die Demonstration schloss sich eine Discussion über die Verwendung des Kreosots in grossen Dosen, in welcher der Präsident, Dr. Dundas Grant und Dr. Clifford Beale sich lobend über dieses Mittel ausdrückten, wenngleich dasselbe anscheinend nicht im Stande sei, wie Dr. Clifford Beale hervorhob, einen activen Einfluss auf alle Fälle von florider Tuberkulose zu üben.

Dr. Scanes Spicer: Fixation des linken Stimmbands.

Demonstration einer Patientin, die kurz nach ihrer Heirath an Syphilis und seit sieben Jahren an trockenem Husten und Heiserkeit, sowie an Kurzathmigkeit bei Anstrengung gelitten hatte. Das linke Stimmband stand unbeweglich in Cadaverstellung, und bei der Abwesenheit aller Zeichen von Druck auf den Nerven oder von centraler Erkrankung meinte der Vortragende, dass die Ursache der Unbeweglichkeit in einer Anchylose des linken Cricoarytaenoidgelenks bestehe. Die Patientin stand unter antisyphilitischer Behandlung.

Mr. W. R. H. Stewart: Einseitige Laryngitis.

Die Patientin hatte seit mehr als einem Jahre an Heiserkeit gelitten und konnte nur mit forcirter Stimme sprechen. Kein Anzeichen von Syphilis oder Tuberkulose. Im November 1893, als der Vortragende die Kranke zuerst sah, war das rechte Stimmband roth und geschwollen, der rechte Giessbeckenknorpel verdickt und gleichzeitig hypertrophische Rhinitis vorhanden. Etwa eine Woche später zeigte sich rechts eine birnförmige ödematöse Schwellung des rechten Giessbeckenknorpels, wie man sie bei tuberkulöser Laryngitis sieht. Es stellte sich heraus, dass die Patientin die für sie verordnete Inhalation bei Siedehitze gebraucht hatte. Die acute Schwellung legte sich bald und war zur Zeit der Demonstration vollständig verschwunden; auch das Stimmband war weniger verdickt, aber noch immer roth. Die Patientin nahm Jodkalium in grossen Dosen und der Kehlkopf wurde täglich mit einer starken Lösung von Zinkchlorid gepinselt. Die Hauptpunkte von Interesse waren die Einseitigkeit der Störung und die Thatsache, dass der glutheisse Dampf nur auf die erkrankte Seite des Kehlkopfs gewirkt und die temporäre Schwellung des Giessbeckenknorpels zur Folge gehabt zu haben schien.

Dr. Dundas Grant meinte, dass es sich wahrscheinlich um syphilitische Perichondritis mit Ulceration des Stimmbands gehandelt habe, eine Ansicht, der auch der Präsident beitrat.

Mr. W. R. H. Stewart: Kehlkopfkrebs.

Der Patient war ein 50jähriger Gärtner, der seit einigen Monaten an Halsschmerzen und Dyspnoe gelitten hatte, welche sich im Laufe des letzten Monats stark vergrössert hatten. Die rechte Hälfte des Kehlkopfs war stark verdickt und infiltrirt. Der Vortragende wünschte die Ansicht der Versammlung über die Räthlichkeit einer Radicaloperation zu hören.

Der Präsident erklärte, dass er seine Radicaloperationen auf Fälle von wirklich „innerem" Kehlkopfkrebs („intrinsic" cancer) beschränke. In Fällen, in welchen bereits die Lymphdrüsen des Halses ergriffen seien, fände sich das Leiden gewöhnlich weiter ausgebreitet, als man nach der laryngoskopischen Untersuchung annehmen könne, und Entfernungsversuche würden gewöhnlich von schnellen Recidiven gefolgt werden. Dr. Bond und Dr. Spicer traten dieser Ansicht bei.

Dr. E. B. Ball: Congenitale Anomalie des Kehlkopfs.

Es handelte sich in dem Falle eines 15jährigen Mädchens um eine aussergewöhnliche Zunahme des oft genug bemerkten physiologischen Phänomens, dass die Arytaenoidknorpel nicht parallel einander liegen, sondern theilweise hinter einander. In dem demonstrirten Falle erfolgte eine vollständige Kreuzung bei der Phonation, ohne dass die Stimme irgend etwas Pathologisches aufwies.

Dr. Watson Williams: Kehlkopfspritze für submucöse Injectionen.

Demonstration einer von Messrs. Downe Brothers angefertigten Kehlkopfspritze für submucöse Injectionen bei Kehlkopftuberkulose. Die Spritze besitzt die Krümmung der Mackenzie'schen Zange und trägt etwa 4 Millimeter von ihrer Spitze einen runden Knopf, welcher verhindert, dass die Spitze zu tief in die Gewebe des Kehlkopfs eindringt. Der Vortragende hatte Lösungen von Pyoktanin, Aristol, Menthol und Jodquecksilber mit Erfolg benutzt, besonders eine 2proc. Lösung von Aristol in Mandelöl, ohne jemals Geschwüre zu produciren.

Dr. Bond: Sarcom der Nase und der Mandeln.

Die Patientin, eine 71jährige Frau, zeigte im December 1893 gelatinöse, gefässreiche Geschwülste in beiden Nasenhälften und im Nasenrachenraum; die Mandeln waren zu der Zeit nicht afficirt, doch war der linke hintere Gaumenbogen stark verdickt; grosse Massen vergrösserter Drüsen erstreckten sich an beiden Seiten des Halses von den Kieferwinkeln bis zu den Schlüsselbeinen. Unter Solutio Fowleri (4 Tropfen pro dosi) verschwanden die Geschwülste in der Nase und im Nasenrachenraum, und die vergrösserten Halsdrüsen. Gleichzeitig aber wurde die linke Tonsille afficirt und nahm constant an Grösse zu, obwohl sie theilweise ulcerirte, so dass zur Zeit der Demonstration eine geschwürige Masse fast den ganzen Rachen erfüllte. Grössere Dosen von Arsenik wurden nicht vertragen.

Dr. Bond: Epitheliom der Cervicaldrüsen.

Der Patient wies eine enorme, harte, knollige Drüsenmasse an der linken Seite des Halses auf. Innerlich im Halse hatte er keine Beschwerden, obwohl sich bei der Untersuchung die correspondirende Seite des Kehlkopfs und des Rachens afficiert zeigte. Die Tracheotomie war vorgenommen worden, um dringende Dyspnoe zu mildern. Im Uebrigen aber befand sich der Patient unter dem combinirten Gebrauch grosser Dosen von Jod und Morphium merkwürdig wohl.

(Nach dem Originalbericht in den Verhandlungen der Gesellschaft.)

Felix Semon.

III. Briefkasten.

Personalia.

Dr. B. Fränkel ist zum Geheimen Medicinalrath ernannt worden.

Dr. Rouge in Lausanne, der Urheber der Nasenoperation, welche unter seinem Namen bekannt ist, ist im Alter von 62 Jahren gestorben.

Die Herren Lermoyez und Cadier haben den Orden der Ehrenlegion erhalten.

Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Nasen-, Ohren-, Mund- und Halskrankheiten.

Unter diesem Titel beabsichtigt Dr. Maximilian Bresgen unter Mitwirkung ständiger und gelegentlicher Mitarbeiter ein Unternehmen ins Leben treten zu lassen, das sich speciell den Zweck stellt: „mit grösster Sorgfalt jene Verbindungsfäden, die alle Körpertheile mit einander verknüpfen, in den verschiedenen Krankheitsbildern aufzusuchen und ihr Verhältniss zu einander klar zu legen“.

Gedruckt bei L. Schumacher in Berlin.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XI. Berlin, Mai. 1895. No. 11.

I. Referate.

a. Allgemeines, obere Luftwege etc.

1) **Richter** (Wien). **Zur Aetiologie der Influenza.** (Aus Prof. R. Paltauf's Prosectur.) *Wiener klin. Wochenschr. 1894. No. 29 u. 30.*

R. hat aus der Zeit der Epidemie des Jahres 1894 öfters die Pfeiffer'schen Bacillen gefunden und cultivirt. Der beste Nährboden besteht aus dem mit Blut bestrichenen Nähragar, doch fand sich auch Wachsthum der Bacillen, jedoch sehr spärlich auf Agar, welcher mit Galle, Eigelb oder Sputum bestrichen war. Die Culturfähigkeit des Influenzabacillus ist sehr gering. Ausserdem berichtet R. über mehrere lehrreiche klinische Fälle, die nur nach dem bakteriologischen Befunde als Influenza gedeutet werden konnten. Endlich erwähnt er einzelner sporadischer Fälle, die hie und da auch in epidemiefreier Zeit vorkommen. Dieselben können gelegentlich viele anderen Menschen inficiren. Die Uebertragung des Bacillus erfolgt durch die feuchten Nasen- und Bronchialsecrete; ausser dem menschlichen Körper kann er sich nicht weiter entwickeln, wie das Pfeiffer hervorhob.

CHIARI.

2) **Grainger Stewart** (Edinburgh). **Eine Influenza-Studie.** *Wiener med. Blätter. 1894. No. 32, 33 u. 34.*

Abdruck eines in der Jahresversammlung der British Med. Association in Bristol am 2. August 1894 gehaltenen Vortrages. CHIARI.

3) **Thibaudet. Beständige Recidive von Influenza. (Persistent recurrences of influenza.)** *N. Y. Med. Journal. 15. September 1894.*

Verf. bemerkt, dass die Immunität gegen Influenza, falls eine solche überhaupt existirt, von kurzer Dauer ist. Er hat die Frage der Recidive sorgfältig studirt und kommt zu folgenden Schlüssen: 1. In einer Zeit von 20 Tagen bis zu 4 Monaten kann die Influenza denselben Organismus 2—4mal befallen, mit längeren oder kürzeren Intervallen vollständiger Fieberlosigkeit. 2. Diese wiederholten Attacken sind als eine Reihe selbstständiger Reinfectionen auf einem dieser

Infection besonders günstigen Boden aufzufassen. Die grössere Virulenz des Krankheitserregers geht mit seiner stärkeren Contagiosität Hand in Hand.

LEFFERTS.

4) **Redactionelle Notiz. Pathogenese und Behandlung der Influenza. (Pathogenesis and treatment of influenza.)** *N. Y. Med. Record. 6. December 1894.*

Ein Auszug aus einem Artikel des Londoner Lancet. LEFFERTS.

5) **J. L. Sutherland. Die Behandlung des Asthma. (Treatment of asthma.)** *Omaha Clinic. Juni 1894.*

Verf. empfiehlt subcutane Injection von Morphium und Atropin.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

6) **E. B. La Fevre. Der Werth der Frühdiagnose bei syphilitischen Processen der oberen Luftwege. (The value of early diagnosis in syphilitic lesions of the upper respiratory tract.)** *Kansas Med. Journal. 18. August 1894.*

Verf. giebt ein paar Krankengeschichten. Besonders das tertiäre Stadium der Lues erfordert eine schnelle Diagnose, weil in diesem so überaus schnell die Zerstörung der Theile vor sich geht. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

7) **Stepanow. Zur pathologischen Anatomie und Histologie des Scleroms.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. etc. No. 7 u. 8. 1894.*

Ausführliche histologisch-bakterielle Studie, die im Original gelesen werden muss unter Beihülfe der beigegebenen mikroskopischen Tafeln. Verfasser kommt ebenso wie Juffinger zu dem Resultate, dass die Störk'sche Blennorrhoe grösstentheils Sclerom der Athmungswege ist. SCHECH.

8) **G. A. van Someren** (Orange N. S. W.). **Bemerkungen über einige Fälle aus der Praxis. (Notes on cases in practice.)** *Austral. Med. Gazette. 15. September 1894.*

Eine Gravida von 19 Jahren suchte S. auf mit der Klage über ein Kitzelgefühl im Halse. Der Pharynx zeigte eine gewisse Congestion. 3 Tage später kam ein andauernder kurzer hackender Husten zum Ausbruch. Eine Lungenerkrankung war nicht nachweisbar. Einen Monat später bekam die Patientin eine gefährliche Haemoptoe, von der sie sich aber wieder erholte. Wieder einen Monat später liessen sich nur sehr unsichere Zeichen von Lungenerkrankung auf der linken Seite nachweisen. S. ist der Ansicht, dass die Blutung aus den Lungen, nicht aus Pharynx oder Larynx stammte. Eine laryngoskopische Untersuchung scheint gar nicht vorgenommen worden zu sein. A. T. BRADY.

9) **H. S. Straight. Bemerkungen über die Erkrankung des Ohres und der oberen Luftwege bei Spitzencatarrh. (Notes on disease of the ear and upper air-passages in apex catarrh.)** *N. Y. Med. Record. 22. September 1894.*

Die entzündlichen Zustände des Ohres und der oberen Luftwege bedingt durch gewisse constitutionelle Leiden — Gicht, Rheumatismus, Syphilis etc. — sind von competenten Beobachtern beschrieben und seit Jahren in ihrer Bedeutung von den Aerzten gewürdigt. Verf. bespricht einen derartigen Fall, der in seiner

Beobachtung stand. Die constitutionelle Grundlage, die gewöhnlich einfach als „herabgesetzte Vitalität, allgemeine Depression etc." bezeichnet wird, benennt Verf. als Spitzenkatarrh. Dieser Zustand findet sich bei Patienten von 8—40 Jahren; jüngere und ältere Leute zeigen ihn nur selten. Solche Patienten mit Spitzenkatarrh sind sehr empfänglich für Erkältungen. Diese Erkältungen können sich auf jeden Theil der oberen Luftwege oder des Mittelohrs begrenzen oder auch die gesammte Schleimhaut afficiren. Sie gehen aber nicht tiefer hinab, als bis in den Larynx, wo sie eine acute Laryngitis erzeugen, die von der gewöhnlichen nur durch die stärker ausgesprochenen subjectiven Symptome verschieden ist.

LEFFERTS.

10) **Redactionelle Notiz. Die subcutanen Injectionen bei der Behandlung der Lungenphthise. (Les injections hypodermiques dans le traitement de la phthisie pulmonaire.)** *Presse médicale. 10. November 1894.*

Eine Zusammenstellunng von Recepten. A. CARTAZ.

11) **Simanowsky** (Petersburg). **Ueber die Behandlung phthisischer und anderer Erkrankungen der oberen Luftwege mit Ortho- und Para-Chlorphenol.** *Therap. Monatsh. 1894. Juli.*

5—10—20procentige Lösungen üben „eine rasche Heilwirkung auf die tuberculösen Geschwüre und knotigen Infiltrationen der oberen Luftwege". „Einfache chronische Schwellungen und Verdickungen der Schleimhaut gehen sehr bald zurück." Beim Empyem der Highmorshöhle thaten verdünntere Lösungen gute Dienste. S. behauptet, dass das Para-Chlorphenol gegenüber allen bisher bei Larynxphthise gebräuchlichen Mitteln den Vorzug verdient. A. ROSENBERG.

12) **Colin Campbell** (Saddleworth). **Die Behandlung von Affectionen der Respirationsorgane mittelst grosser Injection medicinischer Flüssigkeiten durch den Kehlkopf. (The treatment of respiratory affections by means of large medicinal injections through the larynx.)** *British Medical Journal. 1. December 1894.*

In dieser am 27. November 1894 vor der Royal Medical und Chirurgical Society verlesenen Arbeit beschrieb der Autor die Resultate, die er nach dem Vorgange von Rosenberg und Grainger Stewart mittelst Einspritzungen von Guajakol, Menthol, Terpenthin und anderen Mitteln in Form von Einspritzungen durch die Glottis mittelst einer eigens construirten Spritze erzielt hatte. Die Resultate, welche in Tabellenform im British Medical Journal veröffentlicht sind, müssen als sehr günstig bezeichnet werden, doch drückten die Sprecher in der folgenden Discussion (Dr. Theodor Williams, Dr. J. K. Fowler, Dr. Mitchell Bruce) sich ziemlich reservirt über die Resultate der Behandlung in ihren eigenen Fällen aus, wenn auch ein günstiger Einfluss dieser Medication nicht in Abrede gestellt wurde.

SEMON.

13) **W. Northrup. Ein Apparat zur prolongirten künstlichen Athmung. (Apparatus for prolonged, artificial forcible respiration.)** *British Medical Journal. 29. September 1894.*

O'Dwyer's Modification des Fell'schen Apparates, bestehend aus Fuss-

Blasebalg, Gummirohr und Intubationsinstrumenten. Das Intubationsrohr ist von conischer Gestalt und wird in die Glottis eingeführt. Es trägt zwei Oeffnungen zum Einblasen der Luft und zum Herauslassen derselben. Die letztere kann mit dem Daumen geschlossen werden. ADOLPH BRONNER.

14) **C. Forbes. Ein Pfeifen-Inhalator. (A pipe inhaler.)** *Brit. Med. Journal. 9. Juni 1894.*

Eine gewöhnliche kurze Pfeife, in welche ein kleiner Aluminiumbehälter eingesetzt ist. (Abbildung.) Der Rauch geht durch den Behälter, der mit Eukalyptus oder Aehnlichem gefüllt werden kann. ADOLPH BRONNER.

15) . . . **Menthol-Inhalator. (Menthol inhaler.)** *Lancet. 8. December 1894.*

Abbildung eines Tascheninhalators; zu beziehen für 2 Mark bei Godfrey and Cooke, 30 Conduit Street, Regent Street. ADOLPH BRONNER.

b. Nase und Nasenrachenraum.

16) **G. Franke. Nachtrag zu meinem Aufsatze „Experimentelle Untersuchungen über Luftdruck, Luftbewegung und Luftwechsel in der Nase und deren Nebenhöhlen" (Arch. f. Laryngol. u. Rhinol. Bd. I. H. 2. p. 214).** *Archiv f. Laryngol. u. Rhinol. Bd. I. Heft 3.*

Verf. erkennt einer Reclamation von Dr. R. Kayser (Breslau) gegenüber an, dass dieser bereits vor ihm die bogenförmige Richtung des Respirationsstromes experimentell nachgewiesen und gefolgert hat, dass „die Eintheilung der Nasenhöhle in eine Pars respiratoria und olfactoria nur eine anatomische, aber keine physiologische Berechtigung habe. F. KLEMPERER.

17) **L. J. Lautenbach. Die Nase als häufig unerkannte Krankheitsursache. (The nose as a frequently unrecognized cause of disease.)** *Med. and Surg. Reporter (Philad.) 27. October 1894.*

Verf. führt aus, wie wichtig es ist, die Nase in allen Fällen von Krankheit, sei es auch welcher immer, in denen die Ursache dunkel ist, zu untersuchen.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

18) **J. E. Brown. Einige pathologische Zustände, die als Folgen oder Complication von Nasen- und Halserkrankungen vorkommen können. (Some pathological conditions, which may occur or complicate a diseased condition of the nose and throat.)** *Cincinnati Lancet-Clinic. 27. October 1894.*

Verf. berichtet über ein paar Fälle, in denen die erste Ursache aller Veränderungen eine Rhinitis und Pharyngitis war und durch Behandlung der letzteren auch die vollständige Heilung erzielt wurde; unter anderen Symptomen fanden sich Dysmenorrhoe, Samenverluste, Ptosis, Diplopie und Erbrechen.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

19) **Maliné. Das Heuasthma und der spasmodische Schnupfen. (L'asthme des foins et le coryza spasmodique.)** *Thèse de Paris. 1894.*

In seiner ausgezeichneten These sucht M. zu erweisen, dass man die oben genannten beiden Krankheiten nicht trennen dürfe, da beide die gleichen Symptome hätten und beider Ausgangspunkt ein Reizzustand der nasalen Schleimhaut sei; nur die Ursache dieses Reizzustandes sei beide Mal verschieden. Der Verf. stützt diese Behauptung durch zahlreiche Krankengeschichten. E. J. MOURE.

20) **C. E. Page. Zur Pflege kleiner Kinder im Sommer; mit Bemerkungen über die Erkältung und das Heufieber. (Summer comfort for babies; with a hint on colds and hay fever.)** *Med. Record. 14. Juli 1894.*

Die Kinderchen sollen bei heissem Wetter im Zimmer wenig oder gar nichts, und auch draussen so wenig als möglich anhaben; vor Allem sollen sie so viel als möglich barfuss laufen. Auch bei Erwachsenen ist das Heufieber gewöhnlich die Folge zu warmer Kleidung. W. J. SWIFT (LEFFERTS.)

21) **Chas. E. Page. Hygienische Behandlung gegen „Ohr-Reiben" beim Heufieber. (Hygienic treatment os „ear-rubbing" for hay fever.)** *N. Y. Medical Record. 1. September 1894.*

Ein Hamburger Arzt, der (nach der Deutsch. Med.-Zeitung) so schwer unter dem Heufieber litt, dass er in den letzten 3 Jahren den ganzen Sommer (!) hindurch im geschlossenen Wagen fahren musste, konnte „seinen Zustand während der Heufiebersaison dadurch einigermaassen erträglich gestalten, dass er sich die Ohren rieb, bis sie heiss und roth wurden". „Sobald auch nur das geringste Gefühl von Völle in der Nase sich geltend macht, beobachtet man an den Ohren eine gewisse Blässe. Reibt man diese, manchmal so stark, dass man von einer Contusion sprechen könnte, so verschwindet jedesmal die Congestion der Nasenschleimhaut. Das Reiben muss so oft wiederholt werden, als die Congestion zur Nase wiederkehrt." Der Verf. hat Jahre lang das Heufieber hygienisch behandelt, mit milder, an Früchten reicher und mässiger Diät, reichlichem Aufenthalt in freier Luft und Enthaltung aller überflüssigen Kleidung — besonders all' das Unterzeug von Flanell ist streng verpönt. Auf diese Weise hat er stets gute Erfolge erzielt. Dr. Ferber's Methode, die Nasencongestion durch einen Gegenreiz an den Ohren zu beseitigen, kann er nicht anders als absurd bezeichnen.

LEFFERTS.

22) **A. C. Wolfe. Die Behandlung des Heufiebers. (Treatment of hay fever.)** *Journ. Am. Med. Assoc. 22. September 1894.*

Nichts Neues. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

23) **A. C. Wolfe. Heufieber. (Hay fever.)** *Columbus Med. Journal. 16. Oct. 1894.*

Nichts Neues. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

24) **Redactionelle Notiz. Das Heufieber und die Ethmoidalzellen. (Hay fever and the ethmoidal cells.)** *Kansas Med. Journal (Topeka). 20. Oct. 1894.*

Ein Auszug aus Bosworth's kürzlich im N. Y. Med. Record erschienener Arbeit. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

25) **J. Thorowgood. Fälle von Asthma am Londoner Spital für Brustkranke. (Cases of asthma at the City of London Hospital for diseases of the Chest, Victoria Park.)** *Lancet. 11. August 1894.*

Drei Fälle werden beschrieben. Im ersten bestand Bronchitis und chronisch hypertrophische Rhinitis. Nach Behandlung der Rhinitis erfolgte Besserung. Jodkali und Ammonium carbonatum aa. 0,3 in Campherwasser war sehr nützlich. Im zweiten Falle bestand ebenfalls Bronchitis, aber es wurden Tuberkelbacillen gefunden. Ein Decoct von Euphorbia pilulifera heilte das Asthma. Im dritten Falle bestand Bronchitis und Emphysem. Belladonna und Strammonium waren vom besten Erfolg begleitet. ADOLPH BRONNER.

26) **L. E. Blair. Weitere Beobachtungen über Reflexasthma. (Some further observations on reflex asthma.)** *Med. Record. 18. August 1894.*

Eine Ursache des Misserfolges bei der Behandlung von Reflexasthma ist die, dass der Chirurg wohl die localen Störungen beseitigt, dabei aber öfters in einem der wesentlichsten Punkte es versieht, nämlich darin, dass er den Tonus der geschwächten Nervencentren, in denen „die Gewohnheit des Asthmas" sitzt, nicht wiederherstellt. Dann kann auch die Entfernung der localen reizenden Ursache nur wenig Einfluss auf die Verhütung nervöser Explosionen geltend machen.

Die Erfahrung hat gelehrt, dass es dringend erforderlich ist, die oberen Luftwege in einen Zustand physiologischer Ruhe zu versetzen, wenn ein dauernder Erfolg erzielt werden soll. Verstopfungen der Luftwege und sensitive Stellen müssen beseitigt werden. Der übermässige Gebrauch von Säge, Messer und Cauter ist zu verwerfen. Oelige Sprays mit zweckmässigen Medicamenten können, monatelang fortgesetzt, dazu helfen, die normalen Verhältnisse wieder herbeizuführen, während gewaltsame Eingriffe nur schädlich wirken können.

Eine wesentliche Quelle des Misserfolges liegt auch in der Nichtberücksichtigung des Allgemeinzustandes des Patienten. Die Allgemeinbehandlung asthmatischer Patienten entspricht etwa dem tonischen Regime chronischer Syphilitiker. Es gilt das Nervensystem zu kräftigen, ihm seine Widerstandskraft zurückzugeben; ohne dies hat der locale Eingriff wenig Werth. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

27) **Bayer. Glykosurie nasalen Ursprungs. Heilung durch Wiederherstellung der Nasenathmung. (Glycosurie d'origine nasale. Guérison par le rétablissement de la respiration nasale.)** *Revue de laryngologie. No. 19. 1. October 1894.*

Der Kranke hatte eine Coryza hypertrophica simplex mit Nasenrachencatarrh.

E. J. MOURE.

28) **Ficano. Zusammenhang zwischen Genitalien und Nase. (Rapporto fra gli organi genitali ed il naso.)** *Boll. d. Mal. Or. 1894. No. 11.*

Nichts Neues. TOTI.

29) **D. A. Knyk. Der Einfluss nasaler Verstopfung auf den Zustand des Gehirns. (The influence of nasal occlusion over cerebration.)** *N. Y. Medical Journal. 15. December 1894.*

Guye (Amsterdam) beobachtete und beschrieb zuerst den üblen Einfluss,

den besonders „bei Kindern“ Verschluss einer oder beider Nasenseiten auf die cerebralen Functionen ausübt; G. nannte diesen Zustand Aprosexia. Seither haben die specielleren rhinologischen Werke manchen Fall, der G.'s Ausführungen bestätigt, zusammengetragen; Verf. zweifelt aber daran, dass die Allgemeinpraktiker die oft weit entfernt localisirten Symptome, die hier in Frage kommen, in jedem Falle richtig verstehen und beurtheilen; ist dies nicht der Fall, so kann es wohl vorkommen, dass bei einem solchen Patienten gewisse cerebrale Symptome für irgend eine unheilbare cerebrale Erkrankung angesehen werden und dass man den Patienten ruhig seinen Leiden überlässt. Im Gegensatz zu Guye sah Verf. in der Privatpraxis wie im Krankenhaus den unheilvollen Einfluss der intranasalen Erkrankung am vollsten ausgesprochen bei Erwachsenen.

Auf welche Weise der Verschluss der Nase den cerebralen Zustand beeinflusst, darüber gehen die Meinungen der Autoren noch auseinander. Die Behandlung dieser Affectionen ist im Wesentlichen eine chirurgische; die Behandlung der constitutionellen Dyscrasie hat aber auch ihre wesentliche Bedeutung und darf nicht unterbleiben. LEFFERTS.

30) A. D. Roberts. **Starkes Delirium bei einem Kinde von $2^1/_2$ Jahren, verursacht durch einen kleinen Stein im linken Nasenloch. (Severe delirium in a child of two years and a half, caused by the lodgment of a small stone in the left nostril.)** *Lancet. 26. October 1894.*

14 Tage nach Einführung des Steines delirirte das Kind Nachts; am nächsten Tage starke Unruhe und Abends wieder Delirien. Ein kleiner spitzer Stein fiel aus der Nase. Nachher noch 2 oder 3 Anfälle! Dann Heilung.

ADOLPH BRONNER.

31) Moure. **Ueber spontane Nasensteine und über die Nothwendigkeit, sie histologisch und chemisch zu untersuchen. (Des rhinolithes spontanées. Nécessité de pratiquer l'examen histologique et chimique.)** *Revue de laryngologie etc. No. 6. 15. März 1894.*

Verf. hat in 3 Fällen von Nasensteinen diese chemisch und mikroskopisch untersucht und zieht aus seinen Erfahrungen den Schluss, dass, wenn überhaupt spontane Rhinolithen vorkommen, sie jedenfalls excessiv selten sind. Die Kalkincrustation geht fast immer um einen Fremdkörper herum vor sich und wenn dieses auch nur ein Blutgerinnsel oder eine eingetrocknete Eiterkruste ist.

BRINDEL (E. J. MOURE).

32) Gerber. **Nochmals: Der Nasenstein ein Bakterienproduct.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. etc. No. 10. 1894.*

Hinweisend auf einen Fall von Moure, macht G. aufmerksam, dass er in einem 1892 publicirten Falle schon die Meinung aussprach, dass Mikroben den regelmässigen und wesentlichen Bestandtheil der Nasensteine ausmachen und gleichsam als Causa efficiens, Nasenschleim, Blutcoagula und Fremdkörper aber als Causa movens anzusehen sind. Den Leptothrix aber allein als Ursache zu betrachten, sei nicht gestattet, denn an dem Aufbau der Nasensteine betheiligten sich sehr verschiedene Arten von Mikroben. SCHECH.

33) **Noquet. Ein Fall von Rhinolith. (Un cas de rhinolithe.)** *Revue de laryngologie, otologie etc. No. 15. 1. August 1894. Bull. Med. du Nord. 14. September 1894.*

Der Verf. berichtet über einen Fall von Nasenstein, in dem ausser einem schlechten Geruch der Athemluft Symptome nicht bestanden. Der Stein sass vorn im unteren Nasengange am Boden der rechten Nasenseite fest. Bemerkenswerth ist der lange Aufenthalt des Steins in der Nase — 30 Jahre. E. J. MOURE.

34) **Hicguet. Fremdkörper der Nasenhöhle. (Des corps étrangers des fosses nasales.)** *La Policlinique. No. 14. 1894.*

H. bespricht die verschiedenen Fremdkörper der Nasenhöhle und ihre Symptome und macht zum Schluss die Beschreibung einer eigens von ihm zur Entfernung derselben construirten Zange, welche winklig abgebogen aus einer oberen längeren, zum Umfassen des Fremdkörpers leicht abgebogenen und einer kürzeren, sich gegen den Fremdkörper stemmenden Branche besteht. Die untere Branche ist verstellbar, je nachdem man sie kürzer oder länger zum Fassen des Fremdkörpers haben will. BAYER.

35) **F. van Leyden** (Haag). **Etwas über Fremdkörper in Nase und Ohr. (Jets over vreemde lichamen in neus en oor.)** *Ned. Tijdschr. v. Geneesk. 1894. II. No. 18.*

Ein Rhinolith, dessen Kern von einem Kirschkern gebildet wurde, und einige andere Fremdkörper. H. BURGER.

36) **Variot. Ein Fremdkörper in der rechten Nasenseite bei einem 2jährigen Kinde. (Corps étranger dans la narine droite chez un enfant de 2 ans.)** *Journ. de clin. et ther. infantiles. 25. October 1894.*

Ein Schuhknopf, der dem Kind in die rechte Seite der Nase gerathen war, wurde durch eine in die linke Nasenhälfte gerichtete Einspritzung entfernt.

A. CARTAZ.

37) **Brindel. Implantation eines Zahns am Eingang der rechten Nasenhöhle mit Reflexstörungen (Hustenanfällen und Larynxspasmen); Heilung durch Extraction des Zahnes. (Dent implantée à l'entrée de la fosse nasale droite avec troubles reflexes [accès de toux et spasmes laryngés]; avulsion, guérison.)** *Revue de laryngologie, otologie etc. No. 1. 1. Januar 1895.*

Die Krone des Zahnes war nach oben gerichtet. Nach der Extraction desselben verschwanden die Reflexstörungen vollständig. E. J. MOURE.

38) **Jonathan Wright. Eine Mittheilung Goethe's über einen Zahn in der Nasenhöhle. (Goethe's report of a tooth in the nose.)** *N. Y. Medical Record. 19. Mai 1894.*

Goethe, der auch das Vorkommen eines Os intermaxillare beim Menschen zuerst beschrieb, hatte bekanntlich für jeden Zweig wissenschaftlicher Erkenntniss ein gleich reges Interesse. So erwähnt er in seiner Schweizer Reise in einem aus Stuttgart vom 6. September 1797 datirten Briefe einen rhinologisch nicht un-

interessanten Fall. Als er mit Dannecker Rapp aufsuchte, sah er ein osteologisches Präparat, ein Stück vom Schädel eines jungen weiblichen Individuums, bei dem die Zähne am Kiefer unvollständig entwickelt waren und ein Zahn sich in der Nasenhöhle fand. Goethe beschreibt das Präparat eingehend und bedauert, dass nicht der ganze Schädel aufbewahrt ist. — Wright giebt eine Uebersetzung des Goethe'schen Briefes. LEFFERTS.

39) **Peyrot. Eruption eines Eckzahns in der linken Nasenhöhle. (Eruption de la dent canine dans la narine gauche.)** *Bull. Soc. de Chirurgie. XX. p. 537.*

Bei einem Mädchen von $8^1/_2$ Jahren bricht die linke Dens canina am Nasenboden 1 cm hinter dem Naseneingang durch. Die Krone des Zahnes ragt vollständig vor. Der erste Schneidezahn derselben Seite befindet sich an der vorderen Fläche des Zahnfleisches über seinem normalen Platze. Der Eckzahn der ersten Dentition ist noch vorhanden. A. CARTAZ.

40) **Berger. Störungen an den Augen bei den Affectionen der Nebenhöhlen. (Troubles oculaires dans les affections des sinus de la face.)** *Soc. franc. ophtalm. Mai 1894.*

Besonders als Complication von Keilbeinhöhlenerkrankungen werden Sehstörungen in Folge von Compression des Sehnerven öfters beobachtet. Die Verschiedenheit der anatomischen Beschaffenheit der optico-sphenoidalen Wand giebt zu entsprechenden Varietäten in den Symptomen Anlass, da diese Wand dick oder dünn sein und selbst stellenweise Lücken darbieten kann. In solchen Fällen, in denen dann die Mucosa in enger Berührung mit dem Perineurium des Opticus steht, ist es erklärlich, dass selbst ein einfacher Schnupfen eine retrobulbäre optische Neuritis herbeiführen kann.

In den Fällen von Affection der Stirn- oder Kieferhöhle lassen sich die oft beobachteten Gesichtsfeldverengerungen durch die Verbreitung der Entzündung oder durch einen Reflexvorgang erklären. LUC.

41) **Albert Terson** (Paris). **Bemerkungen über die Augenhöhlenentzündungen im Gefolge von Mundrachenerkrankungen. (Remarques sur les phlébites orbitaires consécutives aux affections bucco-pharyngées.)** *Soc. d'ophtalmolog. de Paris. 1894.*

T.'s Arbeit, die überhaupt eine gute Uebersicht über die Frage des Zusammenhangs von Augen- und Nasenkrankheiten darstellt, giebt eine ausführliche Geschichte eines Falles von Phlebitis orbitaria in Folge einer Phlebitis des Sinus cavernosus, welche selbst von einer Osteoperiostitis diffusa des unteren Kieferknochens herrührte. LUC.

42) **Guibert** (Roche sur Yon). **Die Behandlung des Nasenrachenraums bei Affectionen der Augen. (Traitement rhino-pharyngien dans les affections oculaires.)** *Soc. franç. d'ophtalmologie. Mai 1894.*

Verf. betont den Einfluss der adenoiden Vegetationen des Nasenrachenraumes auf die Entwicklung verschiedener Augenkrankheiten und ganz speciell der oft im

Frühling bei Kindern zu beobachtenden Kerato-Conjunctivitis. Nach Exstirpation der Vegetationen lasse sich diese sonst widerspenstige Affection rasch zur Heilung bringen.
LUC.

43) **W. C. Phillips. Ein Fall von ausgedehnten Adhäsionen zwischen beiden Eustachischen Tuben und der Rachenwölbung infolge von adenoiden Wucherungen. (Case of extensive adhesions between both Eustachian tubes and the vault of the pharynx, the result of adenoid growths.)** *Manhattan Eye and Ear Hospital Reports. Januar 1894.*

Die Pat., eine Frau von 31 Jahren, klagte über Schwerhörigkeit und Ohrenklingen. Oben im Pharynx fanden sich weisse Bindegewebsstreifen, die vom oberen Rand des Ostium der Eustachi'schen Trompeten zu dem Keilbeinkörper hinzogen, wo sie in einer kleinen Masse adenoiden Gewebes endigten. Dadurch waren die Tuben nach oben und innen verzogen; die beiden Bänder, die fast ineinander übergingen, bildeten einen Bogen zusammen. Auf jeden Zug an den Bändern antworteten die Tuben mit einer Bewegung. Die Bandstreifen wurden mit dem Galvanocauter beseitigt.
W. J. SWIFT (LEFFERTS).

44) **A. B. Thrasher. Adenoide Wucherungen im Rachengewölbe. (Adenoids of the pharyngeal vault.)** *Lancet-Clinic. 21. Juli 1894.*

Ein paar Krankengeschichten.
W. J. SWIFT (LEFFERTS).

45) **F. S. Owen. Adenoide Vegetationen. (Adenoid vegetations.)** *Omaha Clinic. August 1894.*

Nichts Neues.
W. J. SWIFT (LEFFERTS).

46) **E. F. Ingals. Hypertrophie der Luschka'schen oder Rachentonsille. (Hypertrophy of the pharyngeal or Luschka's tonsil.)** *Journ. Americ. Med. Assoc. 29. September 1894.*

Nichts Neues.
W. J. SWIFT (LEFFERTS).

47) **Thomas. Adenoide Vegetationen. (Des végétations adenoides.)** *Marseille medical. 15. October 1894.*

Eine blosse Uebersicht über die Frage der adenoiden Vegetationen; nichts Neues.
A. CARTAZ.

48) **Betz** (Heilbronn). **Ueber adenoide Vegetationen im Nasenrachenraum.** *Memorabilien. XXXVIII. 9. Heft.*

B. operirt mit der Schech'schen oder Jurasz'schen Zange je nach dem Alter der Patienten, Narcose hält er nicht für nothwendig. Die Zahl der von ihm in den letzten 2 Jahren operirten Fälle beträgt 29.

In der Discussion erwähnt Wild, dass er ausschliesslich mit der Schech-schen Zange, Schmid, dass er mit Gottstein's Messer und Buttersack, dass er bald mit Gottstein's Messer, bald mit der Jurasz'schen Zange ohne Narcose operire.
SEIFERT.

49) **Lavrand. Deformitäten des Gesichts und Verstopfung der oberen Luftwege; ihre Ursachen und ihr Mechanismus. (Deformations de la face et obstruction des voies respiratoires superieures. — Causes. — Mécanisme.)** *Revue de laryngologie, otologie etc. No. 16. 15. August 1894.*

Gewöhnlich durch adenoide Vegetationen bedingt, machen diese Deformitäten am Nasengerüst und am Gaumen sich bemerkbar. Die Gesichtsknochen und die Kieferhöhlen erscheinen nicht merklich verändert. E. J. MOURE.

50) **A. C. Grónbech** (Kopenhagen). **Ueber das Verhältniss zwischen Enuresis nocturna und adenoiden Vegetationen im Nasenrachenraume. (Om Forholdet mellem Enuresis nocturna og adenoide Vegetationer i Naese svaelgrummet.)** *Bibliothek for Läger. 15. November 1894.*

Der Verf. hat 23 Fälle von adenoiden Vegetationen bei Kindern, die an Enuresis nocturna litten, behandelt. 12 wurden gleich nach der Operation von ihrem Leiden geheilt, 5 bedeutend gebessert. Bei 2 wurde der Zustand etwas gebessert; 1 Patient, der nur 9 Tage nach der Operation beobachtet werden konnte, war jedenfalls während dieser Zeit geheilt. Nur in 3 Fällen hatte die Operation keinen Effect auf die Enuresis. SCHMIEGELOW.

51) **W. C. Phillips. Die Entfernung adenoiden Gewebes. (Removal of adenoid tissues.)** *Post-Graduate. September 1894.*

Nichts Bemerkenswerthes. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

52) **Lermet. Soll man die adenoiden Wucherungen stets operiren? (Doit-on toujours operer les tumeurs adenoides?)** *Journal de clin. infant. 20. December 1894.*

L. ist der Ansicht, dass man in einer nicht geringen Anzahl von Fällen von der Operation der adenoiden Geschwülste absehen kann. Wenn Taubheit nicht besteht, keine Entwicklungshemmung, kein Kopfschmerz, überhaupt keine Allgemeinstörungen, wenn die Tumoren mittleren Umfangs sind, dann kann man wohl mit einer allgemeinen Behandlung sich begnügen und das Alter abwarten, das die Atrophie des adenoiden Gewebes mit sich bringt. Unter 103 Fällen, die er untersuchte, fand der Verf. die Operation nur 14 mal nothwendig. A. CARTAZ.

53) **Yearsley. Die Beseitigung postnasaler Geschwülste mit dem Finger. (The removal of post-nasal growths by the finger.)** *Brit. Med. Journal. 21. April 1894.*

Verf. benutzt den Nagel des Zeigefingers zur Auskratzung der Geschwülste seit 3 Jahren und hat dabei nur 1 mal (?) ein Recidiv gehabt.

ADOLPH BRONNER.

54) **W. G. Holloway** (London). **Chloroform bei Nasengeschwülsten. (Chloroform in nasal growths.)** *Lancet. 6. Januar 1894.*

55) **G. H. Bailey** (London). **Do.** *Lancet. 13. Januar 1894.*

56) **G. C. Wilkin** (London). **Do.** *Lancet. 20. Januar 1894.*

57) **P. Mac Gregor** (Huddersfield). **Do.** *Lancet. 20. Januar 1894.*

58) **W. E. Redman** (London). **Chloroform bei Nasengeschwülsten. (Chloroform in nasal growths.)** *Lancet. 20. Januar 1894.*

59) **Marmaduke Sheild** (London). **Do.** *Lancet. 3. Februar 1894.*

60) **W. G. Holloway** (London). **Do.** *Lancet. 3. Februar 1894.*

61) **Mayo Collier** (London). **Do.** *Lancet. 3. Februar 1894.*

In einer Reihe von Briefen discutiren die obigen Autoren die grössere Sicherheit der Lachgasnarkose gegenüber dem Chloroform bei der Operation adenoider Vegetationen. Holloway ist von dem Gas nicht befriedigt und hält es nicht nur für unnöthig, sondern geradezu für gefährlich. Collier benutzt ausser einer 4 procentigen Cocainlösung in den gewöhnlichen Fällen überhaupt kein Anaestheticum und meint, dass eine allgemeine Narkose nur in verschwindend seltenen Fällen erforderlich ist. Sheild betont, dass das Gas in manchen Fällen wohl ausreicht, dass es aber in den Fällen, in denen die Vegetationen sehr fest und reichlich vorhanden sind, nicht die ausreichende Zeit zu ihrer Entfernung gewährt. Für wichtig bei jeder allgemeinen Narkose hält er, dass erstens bei der Wahl des Anaestheticums berücksicht wird, welcher Grad von Narkose in dem betreffenden Falle erforderlich ist, und zweitens, dass die Lagerung des Patienten eine zweckmässige ist. Er lässt den Pat. auf der Seite liegen und den Kopf über den Rand des Tisches herabhängen.

MACKENZIE-JOHNSTON.

62) **J. Dunn. Ein Fall von Mykose der Rachentonsille. (A case of mycosis of the pharyngeal tonsil.)** *N. Y. Med. Journal. 28. Juli 1894.*

D. berichtet eingehend über den Fall; die mykotische Invasion der Rachentonsille trat im Verlaufe einer Schlundmykose ein. Auf Grund seiner Versuche an diesem Fall empfiehlt D. folgenden Behandlungsplan: Erstens Entfernung grösserer Massen mit der Zange, d. h. Ausreissung oder Ausschälung derselben so weit als irgend möglich; für sehr grosse Massen auch Benutzung der kalten Schlinge. Ferner aber, und dies ist bei weitem wichtiger, die Anwendung von Kalium hypermanganicum in gesättigter Lösung. Man applicirt dieselbe mittelst Wattebausch zweimal täglich direkt auf die mykotischen Flecken und sprayt ausserdem den Nasopharynx und den Schlund mit der Lösung aus. Die Lösung soll jedesmal frisch bereitet werden. Man entfernt auf diese Weise die Pilze, die in der Luft der oberen Athmungswege sich befinden und auch die auf der Schleimhautoberfläche lagernden. Ein Fall von Mykose der Rachentonsille bedingt durch Leptothrix ist nach D. in der Litteratur noch nicht bekannt. Dieser Pilz verbreitet sich in den bisher mitgetheilten Fällen stets nur über die Gaumen- und Zungentonsillen.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

63) **Lermoyez. Tuberkulöse Adenoidgeschwülste im Nasenrachenraum. (Des végétations adenoides tuberculeuses du pharynx nasal.)** *Bull. Soc. Méd. des hôpitaux. 20. Juli 1894.*

L. berichtet über zwei Fälle, bei denen die Abtragung adenoider Geschwülste zum Ausgangspunkt einer Generalisirung der Tuberculose wurde. Im zweiten Fall, bei einem 6jährigen Kinde, schloss sich an die Entfernung der Adenoiden ein augenscheinlicher Verfall an. Die Tumoren recidivirten; nach der zweiten Operation enthüllt die histologische und bakteriologische Untersuchung die tuber-

culöse Natur der Vegetationen. Unter dem Einfluss einer entsprechenden Allgemeinbehandlung besserte sich der Zustand des Kindes.

L. schliesst aus seinen Fällen, dass in gewissen Fällen die Vegetationen nur der Ausdruck einer Rachentuberculose sind und dass die Operation zu einer Generalisation und rapiden Entwicklung der Tuberculose Anlass geben kann.

A. CARTAZ.

64) **Annette E. Lamphear. Cyste der Rachentonsille. (Cyst of the pharyngeal tonsil.)** *N. Y. Med. Record. 4. August 1894.*

Pat. war hereditär nicht belastet. Anamnestisch gab er an, dass er vor etwa 10 Monaten Halsschmerzen gehabt, wahrscheinlich eine Peritonsillitis. Ohrenerkrankung oder Nasenverstopfung hatte er nie gehabt, dagegen seit einiger Zeit ziemlich starke Sekretion sehr schleimiger Art aus dem Nasopharynx.

Bei der Untersuchung fand sich in Nase und Mundrachen nichts Besonderes. Beim Einführen des Nasenrachenraumspiegels erschien das Rachengewölbe sehr niedrig. Man erkannte aber bald, dass dieser Anschein durch einen leicht oblongen Körper von etwa Bohnengrösse, der von der Mitte des Dachs herabhing, vorgetäuscht wurde. Die Bedeckung dieses Körpers war eine glatte Schleimhaut, von der des übrigen Nasenrachenraums in nichts unterschieden. Man diagnosticirte eine Cyste, was eine Digitaluntersuchung auch bestätigte. Unter Cocain wurde dieselbe mit der Postnasalzange entfernt, wobei ein erheblicher Zug nöthig war. Die Cystenhöhlung war mit eingetrockneten Schleimmassen erfüllt. Die mikroskopische Untersuchung der Cystenwand ergab ein geschichtetes Pflasterepithel auf der äusseren, wie der inneren Seite. Die Innenfläche war glatt, nur nahe dem Ansatz an den Pharynx fanden sich ein paar Crypten. Die Schleimhaut war reich an Lymphkörperchen, jedoch waren nur sehr wenige Lymphfollikel zu sehen. Verf. leitet die Cyste von Adhäsionen zwischen den lateralen Falten einer hypertrophischen Rachentonsille ab. Die Form des Epithels ist etwas ungewöhnlich, da die meisten Autoren Flimmerepithel als typisch für den Nasopharynx ansehen. Es ist dieser Fell von Retentionscyste übrigens der einzige unter über 5000 Patienten, die im Throat Department of Roosevelt in den letzten 6 Jahren behandelt werden.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

c. Mundrachenhöhle.

65) **Hajek. Rhino-pharyngologische Mittheilungen. (Comunicazioni rino-faringologiche.)** *Rivista delle Mal. della Gola. 1894. No. 6 u. 7.*

Es werden folgende Fälle beschrieben und illustrirt: 1. Doppelte Zunge. 2. Zungentuberculose. 3. Tuberculose des Zahnfleisches. 4. Sarkom des weichen Gaumens, einen peritonsillären Abscess vortäuschend. 5. Tuberculose der Nasenschleimhaut.

TOTI.

66) **Heinrich Halák** (Budapest). **Ueber den Zusammenhang von Zahn- und Halsaffectionen.** *Gyógyaszat. 1894. No. 26.*

Verf. kommt auf Grund von 3 auch mikroskopisch untersuchten Fälle zur

Vermuthung, dass cariöse Zähne, in Folge der reichlich abgelagerten Mikroorganismen, gelegentlich im Zusammenhange stehen mit subacuten und chronischen Kehlkopf- und Rachencatarrhen. Er erklärt sich den Vorgang durch eine Invasion der Bakterien aus der Mundhöhle in den Kehlkopf. Er fand in dem untersuchten Kehlkopfschleime eines Kranken den Streptococcus und Staphylococcus aureus, ferner den Typhusbacillus, die auch im Detritus der cariösen Zähne nachzuweisen waren. Seine Patienten konnte er von der Larynxaffection erst nach Behandlung und Extraction der betreffenden Zähne heilen. Als Analogon führt er die Otitis media an, die ebenfalls durch Bakterien der Nasen- und Mundhöhle verursacht werden soll.

v. NAVRATIL.

67) **Galippe. Das Mal perforant der Backe. (Le mal perforant buccal.)** *Journal des connaissances medicales. 3. Mai 1894.*

Zwei interessante Beobachtungen von buccalen Processen mit ähnlichen Charakteren, wie sie das Mal perforant am Fusse darbietet. Der Verf. discutirt die Berechtigung der Bezeichnung als „Mal perforant der Backe"; er glaubt, dass der Process in einer Beziehung zu der als Pyorrhoea alveolaris beschriebenen Erkrankung steht.

E. J. MOURE.

68) **Baudet. Die vorschreitende Resorption der alveolären Arcaden und des Gaumendachs oder das Mal perforant des Mundes. (La résorption progressive des arcades alveolaires et de la voute palatine ou mal perforant buccal.)** *Union médicale. 8. November 1894.*

Ein Mann vvn 40 Jahren, nervös, an Migräneanfällen leidend; im Alter von 20 Jahren syphilitisch inficirt. Seit 2 Jahren Schmerzen im Zahnfleisch und im Oberkiefer mit Facialisneuralgie. Ausfall der Zähne, die ohne besondere Krankheitsprocesse verloren gehen. Mit dem Ausfall der Zähne vorschreitend Osteitis des Kiefers mit Bildung von Sequestern, die ohne die geringste Schwierigkeit sich losstossen. Zur Zeit kein Zahn mehr im Oberkiefer vorhanden, der Alveolarrand fehlt vollständig. Von der Gaumenwölbung führen 2 spontan eingetretene Perforationen in die Kieferhöhlen. Zu erwähnen ist noch, dass an den Lippen des Pat. Plaques muqueuses sich befinden. Ausserdem bestehen Sehstörungen und Ungleichheit der Pupillen.

Der Verf. bezieht die Veränderungen mehr auf trophische Störungen tabischer Natur, als auf Syphilis.

A. CARTAZ.

69) **Redactionelle Bemerkung. Mundhygiene. (Mouth Hygiene.)** *N. Y. Med. Record. 29. December 1894.*

Der Artikel ist der Besprechung einer kleinen populären Schrift von Victor C. Bell über die Pflege von Mund und Zähnen gewidmet. Dieselbe enthält keine neuen Gedanken oder Theorien; allein wenn die Rathschläge, die darin enthalten sind, befolgt würden, dürften Vielen Schmerzen erspart und ihre Zähne erhalten bleiben.

LEFFERTS.

70) **J. Chlodowski** (Tiflis). **Epidemische Stomatitis ulcerosa. (Epidemitscheski josweanni Stomatit.)**

In einer Garnison erkrankten in ganz kurzer Zeit 84 Soldaten an Stomatitis ulc. Die Krankheit dauerte von 14—24 Tage. Therapie: Acid mur. und Kali chloric.

LUNIN.

71) **A. Sètre. Die infectiöse aphthöse Stomatitis. (De la stomatite aphtheuse infectieuse.)** *Thèse de Paris. 1894.*

Die aphthöse Stomatitis, die mit infectiösen Allgemeinerscheinungen einhergeht, ist eine contagiöse Erkrankung, die mit der Aphthenseuche der Thiere identisch zu sein scheint. Die Contagion geht in manchen Fällen auf verborgenen Wegen vor sich, meistens aber findet sie indirect durch die Milch kranker Kühe statt. Wenig bedeutsam beim Erwachsenen, kann diese Stomatitis bei kleinen Kindern zum Tode führen.

A. CARTAZ.

72) **Bericht des Comités der Americ. Pediatric Society. Die Nomenclatur der Mundkrankheiten. (Nomenclature of diseases of the mouth.)** *Archives of Pediatrics. August 1894. N. Y. Med. Journ. 20. October 1894.*

Als vorläufige Nomenklatur wurde von der amerikanischen Gesellschaft für Kinderheilkunde in der Sitzung vom Juni 1894 unter Zugrundelegung des Allgemeinbegriffes der Stomatitis festgelegt:

- St. catarrhalis
  - simplex
  - exanthematica, secundär nach Exanthemen
  - traumatica
    - mechanische
    - thermische
    - chemische
- St. herpetica . . . . aphthosa.
- St. ulcerosa
  - Scorbut
  - mineralische Gifte
    - Arsen
    - Blei
    - Quecksilber
  - bei anderen Krankheiten
- St. mycetogenetica
  - hyphomycetica. . . . (Schwämmchen. Thrush)
  - pseudomembranacea
    - Diphtherie
    - Tuberculose
    - Syphilis u. verwandte Krankheiten
  - gangraenosa. Noma.

Im Auftrage des Comités
J. M. Rotch, Boston, Mass.
F. Forcheimer, Cincinnati, Ohio.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

73) **Cantieri. Beitrag zum Studium der Speichelsteine. (Contributo allo studio dei calcoli salivari.)** *Boll. d. Mal. dell'Or. 1894. No. 7.*

Der Stein entleerte sich spontan; die Austrittsöffnung war gelegen „vor dem weichen Gaumen entsprechend den unteren Schneidezähnen“ (? Ref.).

TOTI.

74) **Bethe. Die Nervenendigungen im Gaumen und in der Zunge des Frosches.** *Archiv f. mikrosk. Anatomie. XXIV. 2. 1894.*

Rein anatomische für uns wenige interessante Untersuchungen.

SEIFERT.

75) **H. Clark. Hypertrophie der folliculären Drüsen an der Zungenbasis. (Hypertrophy of the follicular glands at the base of the tongue.)** *Buffalo Med. and Surg. Journal. October 1894.*

Nichts Neues. **W. J. SWIFT (LEFFERTS).**

76) **A. Sauvage. Ueber die kalten Abscesse der Zunge. (Essai sur les abscès froids de la langue.)** *Thèse de Paris. 1894.*

Nichts Besonderes. S. stimmt mit anderen Autoren darin überein, dass diese kalten Abscesse, die übrigens sehr sehr selten sind, in der Mehrzahl tuberculösen Ursprungs sind. **A. CARTAZ.**

77) **A. Sabolotski** (Moskau). **Ulcera tuberculosa linguae.** *Med. obosr. 1894. No. 14.*

Das schon verheilte Geschwür exulcerirte von Neuem und Pat. starb an Kehlkopf-, Lungen- und Darmtuberculose. **LUNIN.**

78) **Mendel. Zungentuberkulose und von den Zähnen ausgehende Zungenentzündung. (Tuberculose linguale et glossite dentaire.)** *Soc. française de dermatol. 13. December 1894.*

Ein tuberculöses Ulcus der Zunge bei einem 27jährigen Manne, entstanden durch einen spitzen Vorsprung des ersten Molarzahns. Nichts Besonderes.

A. CARTAZ.

79) **W. J. Chappell. Zwei Fälle von angeborener Hypertrophie der Zunge. (2 cases of congenital hypertrophy of the tongue.)** *Manhattan Eye and Ear Hospital Reports. 1. Januar 1894.*

Der erste Fall betraf einen Mann von 35 Jahren, der zweite ein 17jähriges Mädchen. In beiden Fällen musste von jedem Eingriff Abstand genommen werden wegen der zahlreichen und grossen Gefässe, die an der Schwellung der Zunge Antheil hatten. **W. J. SWIFT (LEFFERTS).**

80) **L. Lubliner. Ein Fall von Lymphangiom der Zunge. (Przypadek chłoniaka języka.)** *Gazeta lekarska. No. 42. 1894.*

L. beschreibt einen Fall von Lymphangiom der Zunge, das seit 2 Jahren bei einem 10jährigen Knaben bestand und mässige Schmerzen beim Kauen verursachte. Die Neubildung sass an der oberen und vorderen Fläche der Zunge in Form von höckerigen papillenartigen Erhebungen in einer Breite von 4 cm. Die Geschwulst fühlte sich weich an und blutete leicht. Die Neubildung wurde von Dr. Jawcynski radical excidirt. Die Heilung erfolgte per primam, und der Kranke konnte bald drauf schmerzlos kauen. Die Neubildung wurde dann vom Verf. mikroskopisch untersucht; es ergab sich die typische Structur eines Lymphangioms. Neben einfach erweiterten lymphatischen Gefässen wurden auch grössere

Räume mit Endothel bedeckt und mit Lymphe ausgefüllt nachgewiesen. Schliesslich erwähnt Verf. andere in der Literatur bekannte Fälle (von Krynski, Reverdin, Buscarlet und Anderen. A. v. SOKOLOWSKI.

81) **E. W. Stevens. Der Zungenkrebs; seine Diagnose und Behandlung. (Cancer of the tongue: its diagnosis and treatment.)** *Philadelphia Policlinic. 14. Juli 1894.*

Nichts von besonderem Interesse. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

82) **E. Cotterell. Operation zur Entfernung der Zunge. (Operation for removing the tongue.)** *Lancet. 3. November 1894.*

Verf. empfiehlt in allen Fällen von Krebs der Zunge, alle Drüsen im Submaxillarraum zu entfernen. In vielen Fällen seien die Drüsen afficirt ohne ersichtliche Vergrösserung. Man verhüte auf diese Weise auch den Speichelfluss, der nach der Operation so unangenehm ist. Wenn der Boden der Mundhöhle afficirt ist, solle man nach Kocher operiren. ADOLPH BRONNER.

83) **H. R. Ramsden. Fractur des Zungenbeins. Acute Bulbärparalyse. Genesung. (Fracture of the hyoid bone. Acute bulbar paralysis. Recovery.)** *Lancet. 8. December 1894.*

Ein Mann von 50 Jahren fiel vom Wagen. Doppelte Fractur des Zungenbeins; Atrophie der rechten Zungenhälfte; Speichelfluss. Patient konnte kaum sprechen oder schlucken. Zunge nach rechts gedreht. Geringe Atrophie der Lippen. Die Symptome waren nach R.'s Ansicht verursacht durch Embolie oder Blutung in die Medulla. Ein steifer Kragen wurde längere Zeit getragen.

ADOLPH BRONNER.

84) **Samuel Goldstein. Ein neues Uvulotom. (A new uvulotome.)** *N. Y. Med. Record. 8. September 1894.*

G.'s Instrument hat folgende Vorzüge:

1. Es ist so construirt, dass es Zäpfchen jedes Durchmessers, ob dieselben hypertrophirt oder vermindert [? Red.] sind, zu schneiden vermag.
2. Das Messer ist so cachirt, dass der Pat. keine Furcht vor einem operativen Eingriff haben kann.
3. Die ganze Operation ist ohne Assistenz schnell und leicht auszuführen.
4. Das Instrument ist leicht auseinanderzunehmen und zu reinigen.

LEFFERTS.

d. Diphtheritis und Croup.

85) **W. H. Park. Diphtherie- und Pseudo-Diphtheriebacillen. (Diphtheria and Pseudo-Diphtheria Bacilli.)** *Med. Record. 18. August 1894.*

P. demonstrirt in der N. Y. Pathological Society Culturen und Präparate der verschiedenen Arten des Diphtheriebacillus. Er unterscheidet:

1. Loeffler's Diphtheriebacillen:
   a) typische,
   b) atypische.
2. Wahrscheinlich Loeffler's Diphtheriebacillen, den echten ganz gleich, nur ohne Virulenz.
3. Wahrscheinlich nicht Loeffler's Diphtheriebacillen, Pseudodiphtheriebacillen; die Wachsthums- und Gestaltverschiedenheiten gegenüber den Diphtheriebacillen werden aufgeführt.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

86) **Redactionelle Notiz. Die Nothwendigkeit der bakteriologischen Untersuchung bei membranösen Halserkrankungen. (The necessity of bacteriological examinations in membranous throat affections.)** *Med. News. 25. Aug. 1894.*

Die Methode, die das N. Y. Board of Health gewährt hat, wird mit Vortheil anderwärts angewandt werden: dass nämlich kein Fall als frei von Ansteckungsgefahr betrachtet wird, bis durch die Cultur die Abwesenheit der Klebs-Loeffler'schen Bacillen erwiesen ist. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

87) **Talbot. Die Diphtheritis als anzeigepflichtige Krankheit. (Diphtheria as a notifiable disease.)** *Brit. Med. Journ. 23. Juni 1894.*

Verfasser, Medical officer of Health für Poplow, bespricht die Häufigkeit der officiell angezeigten Fälle von Diphtheritis. Es sei oft schwer, diese Krankheit zu erkennen und die Sanitätsbehörde sollte gleich von allen verdächtigen Fällen in Kenntniss gesetzt werden. ADOLPH BRONNER.

88) **J. Sykes. Diphtheritis und Mängel in der Canalisation. (Diphtheria and defective drainage.)** *Brit. Med. Journ. 23. Juni 1894.*

Zwei Kinder, Brüder, erkrankten an Diphtheritis in einer Pension und starben. Ein Mädchen von 17 Jahren, das im Nebenhause wohnte und mit den Kindern gespielt hatte, erkrankte ebenfalls mit Halsweh. Diese Affection soll aber nicht Diphtheritis, sondern unschuldiger Natur gewesen sein.

ADOLPH BRONNER.

89) **G. W. Goler. Wie verbreitet sich die Diphtherie? (Diphtheria: How is it propagated?)** *Buffalo Med. and Surg. Journal. August 1894.*

Nichts Bemerkenswerthes. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

90) **J. R. Hamilton. Die Contagiosität der Diphtheritis. (The contagiousness of diphtheria.)** *Med. Age. 25. September 1894.*

Der Arzt soll der Diphtherie gegenüber dieselbe Vorsicht gebrauchen wie beim Puerperalfieber und soll die Besucher warnen vor der Gefahr eigener Ansteckung und unwissentlicher Uebertragung der Krankheit auf Andere.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

91) **Feer** (Basel). **Ueber Altersdisposition und Infectionsgelegenheit der ersten Lebensjahre für Diphtherie und andere Infectionskrankheiten.** *Corr.-Bl. f. Schweizer Aerzte. H. 22. 1894.*

Verf. verwerthet hier ein sehr grosses statistisches Material der Stadt Basel

von 4000—5000 Fällen an jeder der gewöhnlichen Infectionskrankheiten, als Scharlach, Diphtherie und Croup, Masern und Keuchhusten.

Das erste Lebensjahr wird auffallend wenig heimgesucht, besonders von Scharlach (1,6 pCt.) und Diphtherie (2,6 pCt.), welche die weniger flüchtigen Infectionskeime haben als Masern (6,3 pCt.) und Keuchhusten (14,8 pCt.). — Er erklärt dies aus dem Mangel der Untereinjährigen an Fortbewegung und Umsichgreifen, namentlich bei den Säuglingen, welche zudem noch nur Milch bekommen und sich nicht durch andere, auf unsauberen Böden und Möbeln herumliegende, zum Munde geführte Gegenstände inficiren können, und wegen ihrer natürlichen Passivität isolirt sind. Verf. empfiehlt von diesen Gesichtspunkten aus äusserste Reinlichkeit mit allen Berührungsgegenständen der Kinder und namentlich mit dem sogenannten Schutzpferch für Kinder, die noch nicht gehen können. In diesem quadratmetergrossen und $^3/_4$ m hohen Rahmen, der eine mit sauberem Tuch bedeckte Matratze umgiebt, bleiben die Kinder und ihr Spielzeug vor jeder Unreinlichkeit geschützt. F. nennt die Diphtherie, wie Volland die Tuberculose, eine Schmutzkrankheit. Bezüglich der Disposition der Geschlechter für die Infectionskrankheiten giebt er an, dass im Ganzen Morbidität und Mortalität im 1. und 2. Jahr bei den Knaben, vom 2. und 5. Jahre an bei den Mädchen vorherrschen; die Erklärung hierzu fehlt noch. JONQUIÈRE.

92) **Hagen** und **Rose** (Berlin). **Die ersten 12 Jahre der Diphtheriebaracke in Bethanien (Berlin).** *Deutsche Zeitschr. f. Chir. 39. Bd. 3. u. 4. H. 1894.*

Von 1892—1893 wurden 4475 Fälle von Croup und Diphtherie behandelt. Es starben an diesen 2392 = 53,4 pCt. Der Luftröhrenschnitt wurde 2710 mal ausgeführt mit einer Mortalität von 71,2 pCt., also 28,8 pCt. Heilungen. Von 102 Kranken im ersten Lebensjahre wurden 4, von 344 im zweiten Lebensjahre 33 durch die Tracheotomie gerettet. Bei Ausschluss der ein- und zweijährigen Kinder ergiebt sich ein Heilungsprocent von 31,4. SEIFERT.

93) **Watson. Ein Fall von recidivirender diphtheritischer Infection. (A case illustrating the recurrence of diphtheritic infection.)** *Lancet. 23. Juni 1894.*

Ein Kind von 2 Jahren wurde am 15. Februar in's City of Glasgow Fever Hospital aufgenommen mit offenbarer Diphtheritis. Beide Mandeln waren geschwollen und mit einer Membran bedeckt. Eiweiss im Urin. Die Mandeln wurden excidirt und in Lösung von 50proc. Carbol in Glycerin applicirt. Keine frische Ablagerung von Membranen. Am 10. März wurde das Kind als geheilt nach Hause entlassen. Am 17. März begann das Kind Stücke von grauen Membranen auszuhusten und dieses dauerte bis zum 1. April an. 9 Tage nach der Rückkehr des ersten Kindes erkrankte ein Bruder von 4 Jahren und starb; am 2. April erkrankte ein weiteres Kind und starb ebenfalls. ADOLPH BRONNER.

94) **C. W. Sharples. Cerebrale Lähmung beim Kinde nach Diphtherie. (Cerebral palsy of childhood following diphtheria.)** *Medical News. 4. August 1894.*

J. C., ein Knabe von 13 Jahren, erkrankte an Diphtheritis, kurze Zeit nach-

dem sein Vater ein Erysipel im Gesicht gehabt hatte. Vor dem Verschwinden der Membran traten Störungen seitens des Herzres ein und gegen Mitternacht am 4. December 1893 war der Knabe plötzlich auf der rechten Seite gelähmt. $^1/_2$ Stunde lang bestand Coma, Krämpfe wurden nicht bemerkt. Als S. den Knaben 24 Stunden später zuerst sah, war der geistige Zustand wieder viel besser; an der gelähmten Seite traten in unregelmässigen Intervallen Anfälle von Tremor auf, die von rechts auf den ganzen Körper übergriffen. Die Haut war hyperaesthetisch. Bei Berührung des Beins schrie Pat. auf; weniger überempfindlich der Arm. Sehnenreflexe nicht vorhanden. Die Sprache fehlte, doch verstand der Knabe offenbar und drückte auch durch Geberden seine Missstimmung aus. Das Herz sehr aufgeregt, unruhig und schwach, erholte sich erst nach 3–4 Tagen; kein Geräusch zu hören. Urin spärlich, Stuhl nur auf Abführmittel.

Sehr allmählich, im Laufe von vielen Monaten, kehrten Sprache und Motilität wieder.

Verf. stellt ausführliche Betrachtungen an über den Ursprung der Lähmung. Er erwägt die Möglichkeiten einer gewöhnlichen Kinderlähmung, dann diphtheritischer Lähmung durch Neuritis und schliesslich cerebraler Apoplexie. Er neigt der letzteren Ansicht zu und hält als Ursache eine Embolie in das Cerebrum durch einen Bakterien-Thrombus für wahrscheinlich. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

95) **A. Caille. Exstirpation der Mandeln gefolgt von Diphtherie und Croup. (Amygdalotomy followed by diphtheria and croup.)** *N. Y. Medical Journal. 4. August 1894.*

Der Pat. war ein Knabe von 4 Jahren. Die Tonsillen wurden mit einem desinficirten Tonsillotom entfernt und die Eltern wurden angewiesen, Labarraque'sche Lösung zur Bespülung der Wundfläche zu benutzen. Am nächsten Tage war das Kind schwer krank und es fanden sich auf beiden Mandelstümpfen Pseudomembranen; dabei bestand Erbrechen und cerebrale Symptome. Culturen, die von der Membran und dem Secret, das an den Zähnen haftete, angelegt wurden, ergaben Diphtheriebacillen und Streptokokken in Mischinfection. Am nächsten Morgen hatte sich der Belag an der hinteren Rachenwand heruntergezogen und es bestand ein deutlich croupöser Husten. 12 Stunden später war eine Membran an der hinteren Fläche der Epiglottis zu constatiren und die Kehlkopfstenose hatte erheblich zugenommen. Am nächsten Tage war die Intubation nothwendig; schliesslich aber kam das Kind zur Heilung. Der Fall zeigt, wie wesentlich es ist, in jedem Falle von Tonsillotomie auf die Reinhaltung des Nasopharynx zu achten; der Verf. empfiehlt zu diesem Zweck den Gebrauch milder antiseptischer Lösungen, z. B. eine schwache Salzlösung, Borsäure, Labarraque'sche Lösung (1:20) oder Sublimat (1:20000). Bei Vorhandensein von cariösen Zähnen sollen diese vorher extrahirt oder wenigstens tamponirt werden. Wünschenswerth ist es auch, vor der Operation durch den Culturversuch festzustellen, ob nicht Diphtheriebacillen auf den Tonsillen oder adenoiden Vegetationen vorhanden sind. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

96) **Fürst** (Berlin). **Grundzüge einer systematischen Diphtherie-Prophylaxis.** *Klinische Zeit- und Streitfragen. Wien 1894. Alfred Hölder.*

Ausgehend von der specifischen Wirksamkeit des Klebs-Loeffler'schen Bacillus und von der häufigen begleitenden Thätigkeit der kettenbildenden Eiterkokken, welche zusammen die der Diphtherie eigenthümlichen Erscheinungen veranlassen, stellt Fürst als Grundbedingung jeder Prophylaxe die Aufgabe hin, jeden Fall als Infectionsherd zu isoliren und alle Ansteckungsstoffe zu vertilgen.

Natürlich müssen auch alle leichten Fälle in gleicher Weise behandelt werden: als diagnostische Hülfsmittel stehen dem Arzte meist nur klinische, selten aber bakteriologische Kennzeichen zu Gebote. Zweifelhafte Fälle sollen daher auch als Diphtherie behandelt werden.

Im Hause und in der Schule sollen daher alle Fälle von Halsentzündungen sofort isolirt und dem Arzte vorgestellt werden. Schüler, Lehrer und Diener, in deren Familien Diphtherie vorkommt, sind von der Schule fernzuhalten, weil auch Uebertragung der Keime durch gesunde Personen oder durch Gegenstände constatirt ist.

Ferner soll man die Schleimhäute gesunder Kinder intact erhalten und oft reinigen; F. schlägt dazu Spülungen mit Acid. boric., Acid. salicyl. und Natr. chloratum, in heissem Wasser gelöst, vor. F. lässt aus Acid. boric. 0,5, Acid. salicyl. 0,05, Natri chlorati 0,1 und Saccharin 0,01 Tabletten formen, die in einer Tasse heissen Wassers gelöst sehr gut dazu sich eignen. Aerzte sollen sich mit 1 pro mille Sublimat Hände, Gesicht, Haare und Kleider reinigen; Instrumente sind mit 5proc. Lysol oder $^1/_{1000}$ Sublimat zu desinficiren. Die Behandlung des einzelnen Falles soll sehr früh durch energische Desinfection geschehen. Näheres ist im Originale nachzulesen. CHIARI.

97) **T. J. Mc Gillicuddy. Klinische Bemerkungen über die Pflege bei Diphtherie. (Clinical note on the management of diphtheria.)** *Physician and Surgeon. August 1894.*

Verf. empfiehlt ein häufiges Auswischen des Halses mit 20procentiger Kresollösung und innerliche Darreichung einer 2procentigen Lösung. Mit dieser Therapie hat M. alle seine Fälle geheilt, seine Mortalitätsziffer war 0.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

98) **Moizard** (Paris). **Pinselungen mittelst Glycerin-Sublimat bei Diphtherie. (Attouchements de l'angine diphtéritique par la glycérine au sublimé.)** *Soc. méd. des hôpit. 13. Juli 1894.*

Seit mehr als 2 Jahren verwendet Verf. eine Lösung von Sublimat und Glycerin $^1/_{30}$ bis $^1/_{20}$ und bei jüngeren Kindern eine Lösung von $^1/_{40}$. LUC.

99) **White. Tracheotomie bei Diphtheritis. (Tracheotomy for diphtheria.)** South Eastern Branch B. M. A. — *Brit. Med. Journ. 9. Juni 1894.*

Acht Fälle wurden operirt, von denen vier starben. Eine hohe Incision und Parker's Canülen werden empfohlen. ADOLPH BRONNER.

100) L. Durno. **Kehlkopfdiphtheritis bei einem Kind von 18 Monaten; Tracheotomie; Genesung. (A case of diphtherial laryngitis in a child 18 months old, in which tracheotomy was followed by recovery.)** *Brit. Med. Journal. 21. Juli 1894.*

Am 5. Tage musste tracheotomirt werden. Nach 5 Tagen wurde die Silbercanüle durch eine Gummicanüle ersetzt und diese am 13. Tage entfernt.

ADOLPH BRONNER.

101) **F. Caird** (Edinburgh). **Tracheotomie wegen Diphtheritis. (Tracheotomy for diphtheria.)** *Edinburgh Med. Journ. August 1894.*

Demonstration. P. MC BRIDE.

102) **Bonain. Resultate der Kehlkopfintubation nach O'Dwyer's Methode. (Résultats de l'intubation du larynx par la méthode de O'Dwyer.)** *Revue de laryngologie etc. No. 15. 1. August 1894.*

Verf. vergleicht die Resultate der Tracheotomie und der Intubation bei Croup; er bespricht die Vorzüge der letztgenannten Operation und ihre Indicationen bei acuten und chronischen Kehlkopfstenosen. E. J. MOURE.

103) **Sahli** (Bern). **Zur Einführung der Serumtherapie in Bern.** Ref. Vortrag, gehalten im medicin. Bezirksverein zu Bern. — *Corr.-Bl. f. Schweizer Aerzte. H. 24. 1894.*

„Dass bei Diphtherie die Erfolge bei Serumtherapie besser sind als bei Tetanus, beruht darauf, dass die Diphtherie als eine ursprünglich locale Erkrankung im Beginn diagnosticirt werden kann", und dass die frühzeitige Behandlung zum Voraus gegen die allgemeine Infection immunisirend wirkt. Die Serumtherapie der Diphtheritis ist eigentlich weniger Therapie, als vielmehr Prophylaxis gegen das, „was dem im Anfang der Krankheit sich Befindenden noch bevorsteht". — In der Discussion schlägt Tavel für den praktischen Arzt den kleinen Platinlöffel vor, der im sterilisirten Reagensröhrchen aufbewahrt und nach Gewinnung des Stoffs am Krankenbett der Untersuchungsstation übergeben wird. Das Serum halte sich wahrscheinlich mehrere Monate lang. Damit nicht latent tuberculöse oder rotzige Pferde als Heilthiere benutzt werden, sollen die Thiere vorher durch Malleïn- und Tuberculinimpfung erprobt werden. JONQUIÈRE.

104) **M. D. Wieczorkiewicz. 3 Fälle von Rachendiphtherie behandelt mittelst des Behring'schen Serums. (Trzy przypadki btonicy, leczone surowica Behringa.)** *Gazeta lek. No. 46. 1894.*

3 ziemlich schwere Fälle verliefen günstig; bacteriologisch waren sie nicht untersucht. A. v. SOKOLOWSKI.

105) **Redactionelle Notiz. Die neue Diphtheriebehandlung. (The new treatment of diphtheria.)** *Brit. Med. Journ. 23. Juni 1894.*

Die Beobachtungen von Ehrlich, Kossel und Wassermann werden erörtert und die Zubereitungsmethode des Serums beschrieben.

ADOLPL BRONNER.

106) **Redactionelle Notiz. Die antitoxische Behandlung der Diphtherie. (The antitoxin treatment of diphtheria.)** *Brit. Med. Journ. 8. September 1894.*

Ein kurzer Bericht über die Erfolge und Arbeiten von Behring, Kossel und Anderen. ADOLPH BRONNER.

107) **F. Godfrey. Die Antitoxin-Behandlung der Diphtherie. (The antitoxin treatment of diphtheria.)** *Brit. Med. Journ. 22. September 1894.*

Am sechsten Tage wurden 4 g von Aronson'scher Lösung eingespritzt. Nach sechs Stunden stieg die Temperatur von 38,9 auf 39,5 und fiel dann in drei Tagen auf die Norm. Fünf Tage nach der Einspritzung löste sich die Membran ab.

ADOLPH BRONNER.

108) **J. Barker, H. Biddle, J. Rude, D. Hughes. Antitoxin-Behandlung bei Diphtherie. (The antitoxin treatment of diphtheria.)** *Brit. Medical Journal. 6. October 1894.*

Sechs Fälle werden beschrieben. In jedem wurden 20 ccm von Aronson-scher Lösung gegeben. Es erfolgte schnelle Besserung. ADOLPH BRONNER.

109) **X. Die Antitoxin-Behandlung der Diphtheritis. (The antitoxin treatment of diphtheria.)** *Brit. Med. Journ. 13. October 1894.*

Eine kurze Besprechung; nichts von Bedeutung. ADOLPH BRONNER.

110) **J. Williams Freeman. Die Antitoxin-Behandlung der Diphtheritis. (The antitoxin treatment of diphtheria)** *Brit. Med. Journ. 13. October 1894.*

20 ccm wurden einem Kinde von 21 Monaten eingespritzt; Verschlimmerung für einen Tag, dann Genesung. Eine Schwester von 5 Jahren ohne Antitoxin behandelt, starb an Herzschwäche. ADOLPH BRONNER.

111) **Ernest Hart. Die neue Serum-Behandlung bei Diphtherie. (The new serum treatment of diphtheria.)** *Brit. Med. Journ. 20. October 1894.*

Hart theilt mit, dass dass das British Institute of Preventive Medicine Vorkehrungen treffe, um Serum zu gewinnen. Es sei deshalb nicht nöthig, Subscriptionen für diesen Zweck zu eröffnen, wie dies in Paris etc. geschehen sei. Die Erfolge bei zahlreichen behandelten Fällen werden erwähnt, darunter zwei Fälle von Rice. ADOLPH BRONNER.

112) **X. Die Antitoxin-Behandlung der Diphtheritis. (The antitoxin treatment of diphtheria.)** *Brit. Med. Journ. 27. October 1894.*

Die Redaction weist darauf hin, dass Behring die Behandlung empfohlen und beschrieben habe und nicht Roux in Paris. Ein Correspondent erzählt seine Unterhaltung mit Roux. Für Paris seien 20 Pferde nöthig, welche 3000 Mark jährlich kosten würden. Früher seien 51,7 pCt. der Kinder gestorben, jetzt unter der Antitoxinbehandlung nur 24,5 pCt. ADOLPH BRONNER.

113) **J Malcolm. Die Antitoxin-Behandlung der Diphtheritis. (Antitoxin treatment of diphtheria.)** *Brit. Med. Journ. 27. October 1894.*

Bei einem Jungen von 13 Jahren wurden 40 Tropfen von Aronson's Lö-

sung eingespritzt. Genesung. 4 Nachbarskinder erkrankten zur selben Zeit und starben, ohne Antitoxinbehandlung. **ADOLPH BRONNER.**

114) **J. W. Washburn, E. W. Goodall, A. H. Card** (London). **Eine Serie von 80 Fällen behandelt mit Diphtheritis-Antitoxin und mit Beobachtungen über ihre Bakteriologie. (A series of 80 cases treated with diphtheria antitoxin, with observations on their bacteriology.)** *British Medical Journal. 22. und 29. December 1894.*

Es ist in dem beschränkten Rahmen eines Referats, in dem begrenzten, uns zur Verfügung stehenden Raum durchaus unmöglich, einen Auszug aus dieser wichtigen Arbeit, welche sich im British Medical Journal vom 22. December 1894 berichtet findet, sowie von der sich an ihre Verlesung am 14. December in der Clinical Society anschliessenden und am 21. December in einer speciellen Sitzung fortgesetzten und beendigten Discussion zu geben. Die Arbeit sowohl wie die Discussion verdienen die aufmerksame Lectüre Jedermanns, der sich mit dieser gegenwärtig im Vordergrunde des Interesses stehenden Frage beschäftigt. Die Autoren selbst sind eifrige Anhänger der bacteriologischen Untersuchung in allen Fällen von Diphtheritis, und haben in 61 von ihren 80 Fällen die Löffler'schen Bacillen gefunden. Sie beschreiben eingehend den prognostischen Werth der bacteriologischen Untersuchung bei echter Diphtheritis, die mikroskopische und bacteriologische Untersuchung des Exsudats und der Culturen, und geben dann die Resultate ihrer klinischen Beobachtungen, aus denen hervorgeht, dass sich bei der Behandlung mit dem Antitoxin, welches ihnen von dem British Institute of Preventive Medicine geliefert wurde und von Dr. Ruffer präparirt war, die Mortalität in ihren Hospitälern genau um die Hälfte gemindert hat. Der Procentsatz der Todesfälle ohne den Gebrauch des Mittels war 38,8, bei sei seiner Verwendung 19,4!

An der Discussion betheiligten sich die Herren Kesteven, Clemow, Herringham, George Turner, Burney Yeo, Lennox Browne, Golding Bird, David Newman (Glasgow), Herbert Hawkins, Mac Combie, F. S. Caiger, N. Tirard, Thomas Heath und Sims Woodhead; und DDr. Goodall und Washburn antworteten. Die Discussion drehte sich um so ziemlich alle Fragen, die ätiologisch und pathologisch überhaupt bei der Diphtheritis in Frage kommen können. Es ist zu constatiren, dass sich, mit verschwindenden Ausnahmen, alle Redner günstig über die von ihnen mit der Serumbehandlung erzielten Resultate aussprachen. Der Präsident theilte schliesslich mit, dass ein Comité niedergesetzt werden würde, um den klinischen Werth des Antitoxin zu prüfen. Hoffen wir, dass die Ergebnisse der Untersuchungen dieses Comités von ähnlichem bleibenden Werthe sein mögen, wie seiner Zeit diejenigen des von derselben Gesellschaft niedergesetzten Myxödem-Comités. **SEMON.**

115) **Roux. Die Serumbehandlung bei Diphtherie. (The serum therapeutics of diphtheria.)** *Lancet. 22. September 1894.*

Abdruck des Roux'schen Vortrags auf dem Hygiene-Congress in Budapesth.

ADOLPH BRONNER.

116) **H. W. Walker. Diphtheritis mit Antitoxin behandelt. (Diphtheria treated by antitoxin.)** *Lancet. 6. October 1894.*

Bei einem Kinde wurden 5 6 Tage nach Beginn der Krankheit 11 Tropfen von Behring's Lösung eingespritzt. Nach 4 Stunden sank die Temperatur von 39,0 auf die Norm. Nach 2—3 Tagen lösten sich die Membranen ab.

ADOLPH BRONNER.

117) **Hollis. Zwei Fälle von Diphtheritis mit Antitoxin behandelt.** *Lancet. 13. October 1894.*

In der Versammlung der Brighton Med. Society theilte Verf. die beiden Fälle mit. In einem Falle wurde tracheotomirt. Genesung. ADOLPH BRONNER.

118) **A. Saw. Sechs Fälle von Tracheotomie bei mit Aronson's Antitoxin behandelter Diphtherie. (Six cases of tracheotomy for diphtheria treated by Aronson's antitoxin.)** *Lancet. 13. October 1894.*

Nur ein Kind starb. Gleich nach der Aufnahme ins Spital wurde in allen 6 Fällen tracheotomirt und dann drei Mal 10 Tropfen des Antitoxins eingespritzt mit je 12 Stunden Intervall. Der gewöhnliche Procentsatz der Todesfälle nach der Tracheotomie betrug sonst 3 pCt. ADOLPH BRONNER.

119) **P. Mules. Die Antitoxin-Behandlung der Diphtheritis (The antitoxin treatment of diphtheria.)** *Lancet. 8. December 1894.*

Ein schwerer Fall ohne Antitoxin behandelt genas. Zwei Fälle mit Antitoxin behandelt starben, einer an Herzschwäche.

ADOLPH BRONNER.

120) **I. J. Danysz. Die Serumtherapie der Diphtherie in Frankreich. (Leczenie dyfterytu surowica we Francyi.)** *Gazeta lekarska. No. 44. 1894.*

Verf. — Assistent an dem Pasteur'schen Institut — beschreibt genau die Art und Weise der Zubereitung des antidiphtheritischen Serums.

A. v. SOKOLOWSKI.

121) **Parisot. Das „Institut serothérapique de l'Est" zur Bereitung von Diphtherieserum. (L'Institut serothérapique de l'Est contre la diphthérie.)** *Revue méd. de l'Est. 15. November 1894.*

Verf. plädirt für die Errichtung eines Instituts zur Behandlung der Diphtherie mit dem Antitoxin nach dem Vorbild des Pariser Instituts. A. CARTAZ.

122) **Lutaud. Die Serumtherapie in ihrer Anwendung auf die Diphtheritis. (La serumtherapie appliquée à la diphtherie)** *Journal de méd. de Paris. 18. November 1894.*

Eine kritische Uebersicht. A. CARTAZ.

123) **Delthil. Antagonismus zwischen der Antisepsis und der Serumtherapie. (Antagonisme de l'antisepsie et de la serumthérapie.)** *Journal de méd. de Paris. 18. November 1894.*

Eine kritische Uebersicht über beide Methoden. A. CARTAZ.

124) **Landouzy. Die Serumtherapie und ihre Grundlagen; Eigenschaften und Herstellung des Diphtherieserums. (La serothérapie, ses origines; caractères et fabrication du serum antidiphtherique.)** *Gazette des hôpitaux. 20. November 1894.*

Eine klinische Vorlesung über die Arbeiten von Roux. A. CARTAZ.

125) **Lépine** (Lyon). **Die Serumtherapie bei Diphtheritis. (La serothérapie de la diphtérie.)** *Semaine médicale. 26. December 1894.*

Eine Uebersicht über den Stand der Frage. LUC.

126) **Tripet. Diphtheritische Angina mit Serum behandelt. (Angine diphthéritique traitée par la serothérapie.)** *Journal des praticiens. 24. November 1894.*

Ein schwerer Fall von diphtheritischer Angina bei einem 16jährigen Mädchen. Neben den Löffler'schen Bacillen fanden sich Staphylococcen und Streptococcen. Zwei Injectionen von Roux'schem Serum. Heilung. A. CARTAZ.

127) **Marcigney** (Paris). **Diphtheritische Anginen und Serumtherapie. (Angines diphthériques et sérumthérapie.)** *Journ. des pratic. 8. December 1894.*

Verf. berichtet über 2 Fälle von Diphtherie, die durch die Serumtherapie geheilt wurden. LUC.

128) **Moizard** und **Perregaux** (Paris). **231 mit Serum behandelte Fälle von Diphtherie. (231 cas de diphthérie traités par le sérum antidiphthérique.)** *Bulletin médical. 9. December 1894.*

Unter 231 an erwiesener Diphtherie leidenden, im Hospital Trousseau vom 1. Oktober bis zum 30. November behandelten Kindern haben die Verf. nur 34 Todesfälle gezählt; unter diesen 34 wurden 2 während der Tracheotomie gestorbene Kinder, ferner 5 an Bronchopneumonie leidende und durch dieselbe in weniger als 24 Stunden dahingeraffte Kinder und 1 Kind mit hypertoxischer Angina, das 24 Stunden nach der Aufnahme starb, mitgerechnet.

Diese Statistik von 14,71 pCt. Mortalität lässt sich auf folgende Weise eintheilen:

44 Fälle von reiner Diphtherie ohne Mischinfection und ohne Croup gaben 2 Todesfälle (4,54 pCt.).

42 Fälle von mit Staphylokokken und Streptokokken complicirter Diphtherie gaben 6 Todesfälle (14,28 pCt.).

94 Fälle von einfachem Croup gaben 17 Todesfälle (18,47 pCt.).

Es wurde 37 mal die Tracheotomie ausgeführt. Von den operirten Kindern waren zur Zeit der Publication der Arbeit noch 7 in Behandlung. Von den 30 in der Statistik mitgerechneten Fällen endeten 12 letal, was eine Mortalität von 40 pCt. bedeutet (die frühere Mortalität in demselben Spital erreichte 73,19 pCt.).

Von 18 intubirten Kindern sind 7 gestorben (Mortalität von 38,88 pCt.). Von denselben mussten 6 nachträglich tracheotomirt werden, und nur 2 kamen zur Heilung. Die 12 anderen Intubationen gaben nur 3 Todesfälle (Mortalität von 25 pCt.). Nach ihren ersten Intubationen empfanden die Verff. dieser Methode

gegenüber ein Gefühl der Begeisterung, das später etwas nachliess, als sie die Schwierigkeiten zu beobachten Gelegenheit hatten, welche dieselbe zuweilen selbst für den geschickten und erprobten Operateur bietet, sowie die nicht seltene Nothwendigkeit, die intubirten Pat. nachträglich zu tracheotomiren. Auch machte auf die Verff., die für die Intubirten nothwendige strenge Ueberwachung (die in der Privatpraxis nicht leicht ausführbar ist) einen ungünstigen Eindruck.

Die locale Behandlung haben die Verff. nicht vernachlässigt; sie halten vielmehr die antiseptischen Durchspülungen, sowohl der Nasenhöhlen, wie des Mundes und Rachens nach wie vor für unentbehrlich. Eiweiss hat sich im Harn der Patienten in Folge der Serumtherapie nicht häufiger gezeigt als sonst. Erscheinungen von allgemeiner Reaction mit Fieber sind nur ausnahmsweise eingetreten. Dagegen sind Complicationen auf der Haut nicht selten. Es kamen zur Beobachtung:

14 Fälle von Urticaria
9 „ „ Erythema scarlatiniforme
9 „ „ Erythema polymorphum
1 „ „ Purpura.

Nach ihren bisherigen Erfahrungen sind die Verff. geneigt, auf die Präventivimpfung grosses Gewicht zu legen. In der That wurde unter den in eine besondere Abtheilung unter dem Namen von Verdächtigen aufgenommenen Kindern, bei denen eine feste Diagnose nicht sofort gestellt werden konnte, in Folge der Präventivimpfung nicht ein einziger Fall von secundärer Contagion beobachtet.

LUC.

129) **H. Aronson. Untersuchungen über die Diphtherie und das Diphtherieantitoxin. (Investigations on diphtheria and diphtheria antitoxin.)** *New England Med. Monthly. August 1894.*

Ob das Antitoxin das Diphtheriegift zerstört oder nicht, ist eine rein theoretische Frage, praktisch von keiner Bedeutung. Beginnt die Behandlung erst, wenn pathologische Veränderungen an den Zellen in solcher Ausdehnung bereits vorhanden sind, dass es einer Steigerung derselben zur Herbeiführung des Exitus gar nicht mehr bedarf, dann kann auch die reichlichste Antitoxinzufuhr nichts mehr helfen. In diesem Sinne ist auch die Behandlung der diphtheritischen Lähmung mit Antitoxin aussichtslos, da das Mittel einen regenerativen Effekt auf pathologisch veränderte Zellen nicht hat. Andererseits darf man erwarten, dass, wo die Behandlung zeitig genug einsetzt, diphtheritische Lähmungen nicht zum Ausbruch kommen. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

130) **Baginsky. Diphtheritis-Antitoxin. (Diphtheria antitoxin.)** *N. Y. Medical Record. 8. September 1894.*

Wiedergabe der kritischen Bemerkungen, die B. in der Berl. med. Ges. zu Katz's Vortrag über die Antitoxintherapie machte. LEFFERTS.

131) **Redactionelle Notiz. Die Antitoxinbehandlung der Diphtheritis. (The antitoxin treatment of diphtheria.)** *N. Y. Medical Record. 22. September 1894.*

Eine Uebersicht über die neuere Diphtheritis-Literatur, besonders über

die Arbeiten von Katz, Behring, Aronson, Surinow, Walker und Eastes. LEFFERTS.

132) **Behring. Weitere Mittheilungen über das Diphtherieantitoxin. (Further news about diphtheria antitoxin.)** *N. Y. Med. Record. 22. Sept. 1894.*

Anordnung B.'s betreffs der Dosirung seines Mittels. Der Artikel giebt nur wieder, was in der Berl. klin. Wochenschr. vom 3. September 1894 gesagt ist.

LEFFERTS.

133) **Redactionelle Bemerkung. Ein Angriff auf das Diphtherieserum. (An attack on the diphtheria antitoxin.)** *N. Y. Medical Record. 29. December 1894.*

Eine Besprechung des Hansemann'schen Vorstosses gegen die Behring-sche Therapie. LEFFERTS.

134) **Redactionelle Notiz. Das Diphtherieantitoxin. (The diphtheria antitoxin.)** *N. Y. Med. Journal. 29. September 1894.*

Der Artikel erinnert an die Tuberculinerfahrungen und warnt vor einem übertriebenen Optimismus. Andererseits wird auf die zunehmende Häufigkeit der Diphtheritis hingewiesen, die allein in London in den letzten Jahren 3265 Todesfälle verursachte. Der Werth eines Mittels gegen diese Krankheit sei daher gar nicht hoch genug anzuschlagen und darum verdiene auch die neue Methode eine vorurtheilslose Prüfung. LEFFERTS.

135) **E. J. Kuh. Ein Fall von primärer [?] Kehlkopfdiphtherie mit Behring's Antitoxin behandelt. (Case of primary [?] laryngeal diphtheria treated with Behring's antitoxin.)** *Journal Am. Med. Assoc. 1. December 1894.*

Der Pat., ein Knabe von 7 Jahren, starb an einer Bronchopneumonie.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

136) **Hager. Die Behandlung der Diphtheritis mit Antitoxin. (Treatment of diphtheria with the antitoxin.)** *Philad. Med. News. 29. December 1894.*

H.'s Resultate an 25 Fällen von Diphtheritis sind bereits im Centralblatt für innere Medicin 1894, No 48, mitgetheilt.

LEFFERTS.

137) **P. E. Fiquet. Ein Heilmittel für die Diphtheritis — Dr. Roux's Methode. (A cure for diphtheria — Dr. Roux's method.)** *Medical Review (St. Louis). 10. November 1894.*

Verf. schildert Roux's Methode nach den Ausführungen des französischen Autors auf dem internationalen Congress für Hygiene zu Budapest.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

138) **J. de Haan** (Utrecht). **Die Blutserum-Therapie. (De bloedserum-therapie.)** *Ned. Tijdschr. v. Geneesk. 1894. II. No. 16.*

Literaturübersicht. H. BURGER.

139) **S. Schippers** (Amsterdam). **Ein Fall von Diphtherie, mit Serum-Einspritzung behandelt. (Een geval van croup [diphtheritis] behandeld met serum-injectie.)** *Ned. Tijdschr. v. Geneesk. 1894. II. No. 17.*

Heilerfolg bei einem fünfjährigen Knaben. H. BURGER.

140) **S. Schippers** (Amsterdam). **Zweiter Fall von Diphtherie, mit Serum-Einspritzung behandelt. (Tweede geval van diphtheritis behandeld mit „serum-injectie".)** *Ned. Tijdschr. v. Geneesk. 1894. II. No. 18.*

Auch dieser Patient genas. H. BURGER.

141) **J. E. van Iterson** (Leiden). **Beitrag zur Serum-Therapie. (Bijdrage tot de serum-therapie.)** *Ned. Tijdschr. v. Geneesk. 1894. II. No. 21.*

Mittheilung von einigen Fällen. v. J. hat in den Jahren 1889 bis 1894 bei 220 diphtheriekranken Kindern die Tracheotomie gemacht, mit einer Mortalitätszahl von 86, i. e. 39 pCt. H. BURGER.

142) **M. J. Godefroi** ('sHertogenbosch). **Altes und Neues aus der Geschichte der Medicin. (Oud en nieuw uit de geschiedenis der geneeskunde.)** *Ned. Tijdschr. v. Geneesk. 1894. II. No. 22.*

Historisch-medicinische Betrachtung, welche auf eine Warnung vor übertriebenen Erwartungen in Bezug auf die Wirkung des Diphtherie-Heilserums hinausläuft. H. BURGER.

143) **K. F. Wenckebach** (Heerlen). **Einige Bemerkungen über die Anwendung der Sero-Therapie. (Eenige opmerkingen over de toepassing der sero-therapie.)** *Ned. Tijdschr. v. Geneesk. 1894. II. No. 23.*

144) **W. van der Harp** (Maassluis). **Einige Fälle von subcutaner Einspritzung von Serum bei Diphtherie. (Eenige gevallen van onderhuidsche inspuiting met serum tegen diphtheritis)** Ibid.

145) **C. van Wicheren** (Arnhem). **Behandlung von Diphtherie. (Behandeling van diphtheritis.)** *Med. Weekbl. I. No. 36.*

Casuistisches. H. BURGER.

146) **C. W. Bollaan** (Tiel). **Die Serum-Therapie in Niederland. (De Serumtherapie in Nederland.)** *Geneesk. Courant. 4. November 1894.*

Es soll in den Niederlanden, vorzugsweise in Utrecht, eine Centralstelle für die Fabrikation und die Vertheilung des Heilmittels errichtet werden.

H. BURGER.

147) **L. Schols** (Maastricht). **Behandlung der Diphtherie mittelst Diphtherie-antitoxin [Schering]. (Behandeling van diphtheritis door middel van de diphtherie-antitoxine [Schering].)** *Geneesk. Courant. 4. November 1894.*

Einige Fälle, in welchen sich das neue Mittel gut bewährte.

H. BURGER.

148) **J. van der Hoeven jr.** (Rotterdam). **Sieben Fälle von Diphtherie mit Einspritzungen von Serum-Höchst behandelt. (Zeven gevallen van croup [diphtheritis] behandeld met serum injecties uit de fabriek te Höchst.)** *Gen. Courant. 18. November 1894. No. 46.*

Von den 7 Patienten wurden 6 geheilt. H. BURGER.

149) **J. C. Serum-Therapie bei Diphtherie. (Serum-therapie bij diphtheritis.)** *Med. Weekblad. I. No. 29.*

150) **J. van der Hoeven jr.** (Rotterdam). **Idem** *Geneesk. Courant. No. 41. 14. October 1894.*

151) **C. W. Bollaan** (Tiel). **Idem.** Ibidem.

Je ein Fall von Diphtherie, welcher mit Behring'schem Heilserum behandelt wurde und genas. H. BURGER.

152) **S. R. Hermanides** (Geldermalsen). **Serum-Therapie. (Serum-therapie.)** *Gen. Courant. 1894. No. 47 u. 48.*

Ein Uebersichtsartikel. H. BURGER.

153) **L. van der Hoeven** (Haag). **Ein Fall von Diphtherie durch Heilserum genesen. (Een geval van diphtherie genezen door heilserum.)** *Gen. Courant. 1894. No. 47.*

154) **Ph. Kooperberg** (Leeuwarden). **Resultate einiger Anwendungen des Anti-Diphtherie-Heilserums. (Resultaten van eenige toepassingen van het anti-diphtheritis-heilserum.)** Ibid.

Casuistisches. H. BURGER.

155) **A. Voûte** (Amsterdam). **Ist das Heilserum der Diphtherie sicher unschädlich? (Is het heilserum der diphtherie zeker onschadelijk?)** *Med. Weekblad. 3. November 1894. No. 31.*

V. erinnert an die Mittheilung von Roux, dass eine vorausgegangene Immunisation die Empfindlichkeit für neue Toxine steigert und die Widerstandsfähigkeit des Individuums schwächt. Eine vorausgegangene Infection habe den gleichen Effect, wie eine vorausgegangene Immunisation. Ist es da nicht zu befürchten, dass eine therapeutische oder präventive Serumbehandlung die Patienten für alle Zeiten einer gesteigerten Empfindlichkeit für andere infectiöse Agentien aussetzt? H. BURGER.

156) **J. Bardet** (Doetinchem). **Zwei Fälle von Diphtherie mit Heilserum behandelt. (Twee gevallen van diphtherie behandeld met heilserum.)** *Med. Weekbl. 29. December 1894.*

Zwei Fälle von Heilung. H. BURGER.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

157) **G. H. Mackenzie** (Edinburgh). **Rheumatismus des Kehlkopfs. (Rheumatism of the larynx.)** *Edinburgh Med. Journal. December 1894.*

Eine literarische Uebersicht über dies Thema und kurze Krankengeschichte eines Falles, bei dem eine Parese des linken Stimmbandes mit Schwellung der Aryknorpel verbunden war. Die Parese wurde aber nicht geheilt, sie bestand noch nach 1 Jahr; unter diesen Umständen ist Ref. der Ansicht, dass sie wohl noch eine andere Ursache neben dem Rheumatismus gehabt haben muss.

P. MC BRIDE.

158) **Barjon. Acutes primäres und infectiöses Kehlkopfoedem. (Des oedèmes aigus primitifs et infectieux du larynx.)** *Gazette des hôpitaux. 21. Mai 1894.*

Verf. giebt einen geschichtlichen Ueberblick über diese Affection und schildert ihre Symptome, wobei er sich auf einen durchaus modernen Standpunkt stellt. Er kommt zu folgenden Schlüssen: 1. Alle acuten primären Kehlkopfödeme sind infectiösen Ursprungs. 2. Dieselben kommen in zwei Hauptformen vor als seröse Oedeme und als phlegmonöse Oedeme. Die Unterscheidung beider Formen ist prognostisch von grosser Bedeutung.

E. J. MOURE.

159) **Lacoarret. Einige Betrachtungen über die Laryngitis chronica sicca. (Quelques considérations sur la laryngite chronique sèche.)** *Revue de laryngologie, otologie etc. No. 23. 1. December 1894.*

Die trockene chronische Laryngitis ist charakterisirt durch die Entzündung und Atrophie der Kehlkopfschleimhaut und durch die Bildung und Eintrocknung eines dicken, sehr adhärenten Secretes, das Störungen der Stimme, Athembeschwerden und Hustenstösse verursacht. Der Process breitet sich auf Nase und Rachen aus. Die Erkrankung ist gutartig, wenn auch oft sehr hartnäckig. Verf. giebt einige Krankengeschichten, die diese Verhältnisse veranschaulichen.

E. J. MOURE.

160) **Paul Raugé** (Challes). **Laryngitis und Pachydermie. (Laryngite et pachydermie.)** *Bull. méd. 27. December 1894.*

Eine sehr klare Uebersicht über diese Frage. Indem Verf. der Virchowschen Beschreibung völlig gerecht wird, bedauert er, dass Letzterer einen so einfachen entzündlichen Zustand der Kehlkopfschleimhaut mit einem so sonderbaren und unpassenden Namen bezeichnet hat, der geradezu eine Quelle von Missdeutungen und Verwirrungen unter den Laryngologen ist.

LUC.

161) **Zwillinger** (Budapest). **Beiträge zum klinischen Bilde der Pachydermia laryngis. (Adatok a pachydermia laryngis, klinikai képéhez.)** *Gyógyászat. 1893.*

Z. hat in drei Fällen den Zusammenhang der Pachydermia laryngis mit chronisch-eitrigem Nasencatarrh nachweisen können. Er erzielte in 2 Fällen

Heilung, in einem Falle nur Verkleinerung der beiden Wülste über dem Proc. vocal. Ein wichtiges ätiologisches Moment seien, wie dies auch Chiari angab, Circulationsstörungen. Z. thut eines Falles Erwähnung, in welchem Cor adiposum das ätiologische Moment bildete. Auch Z. fand, dass die Erkrankung der Interarytaenoidfalte viel häufiger vorkomme als dies anfangs angenommen wurde. Z. empfiehlt eine locale anticatarrhalische Therapie, womöglich Beseitigung der Grundursachen, daneben Jod, Inhalationen adstringo-antiseptischer Mittel. Die Operation ist indicirt nur bei tiefergreifenden functionellen Störungen, welche nicht anders zu beheben sind. v. NAVRATIL.

162) **Schmidt** (Laurahütte). **Klinische Geschichte der Pachydermie des Kehlkopfes.** Dissert. Berlin. 1894.

Gute Zusammenfassung alles über die Pachydermie Bekannten ohne neuere Beiträge in casuistischer oder histologischer Beziehung. SEIFERT.

163) **Baumgarten. Kehlkopfabscess nach Scarlatina. (Gégetályoy vörheny uhán.)** *Gyógyászat. 1893. No. 43.*

Sieben Wochen nach der Erkrankung an Scarlatina bildete sich bei einem 8jährigen Knaben unter Athem- und Schlingbeschwerden in der linken ary-epiglottischen Spalte ein über nussgrosser Abscess, der den Kehlkopf verschob und comprimirte. Nach Eröffnung in einigen Tagen Heilung. v. NAVRATIL.

164) **Vergniaud. Perichondritis der Aryknorpel im Gefolge von Typhus; doppelseitige Ankylose des Crico-arytaenoidgelenks; Kehlkopfstenose. (Périchondrite aryténoidienne suite de fièvre typhoide — ankylose crico-aryténoidienne double — sténose du larynx.)** *Revue de laryngologie, otologie etc. No. 23. Decemb. 1894.*

Der Kranke musste tracheotomirt und in mehreren Sitzungen der Glottisspalt mechanisch dilatirt werden. Da die Dilatation noch unvollkommen ist, muss der Patient wahrscheinlich noch lange die Canüle tragen. E. J. MOURE.

165) **J. E. Hopkins. Ein ungewöhnlicher Fall von Kehlkopftuberkulose. (An unusual case of tuberculosis of the larynx.)** *Manhattan Eye and Ear Hospit. Reports. Januar 1894.*

Ausführliche Krankengeschichte des Falles, der durch die Ausdehnung und den Sitz der Geschwüre ungewöhnlich ist. W J. SWIFT (LEFFERTS).

166) **Lermoyez. Zwei Formen von Kehlkopftuberkulose mit Dysphagie. (Deux formes dysphagiques de tuberculose laryngée.)** *La Presse medicale. 10. März 1894.*

Verf. unterscheidet zwei Formen von Kehlkopftuberculose mit dysphagischen Beschwerden. Bei der ersten Form, bei der die Lunge und der Larynx in gleich vorgeschrittenem Stadium der Krankheit sich befinden, soll man Insufflationen eines Morphiumpulvers anwenden, welche den Schmerz sehr wirksam lindern. Bei der zweiten Form, bei der die Lunge weniger afficirt und die Kehlkopftuberculose localisirt ist, giebt das Curettement vortreffliche Resultate. E. J. MOURE.

167) **Cadier. Primäre Kehlkopftuberkulose durch Cohabitation. (Tuberculose laryngée primitive par cohabitation.)** *Revue de laryngologie etc. No. 10. 15. Mai 1894.*

Die Krankheit beginnt an den Taschenbändern, der oberen Fläche der Stimmbänder und dann in der Regio interarytaenoidea; wenn sie lange genug local bleibt, ist sie durch die Behandlung in weitem Maasse besserungsfähig.

E. J. MOURE.

168) **Vergniaud. Ein Fall von tuberkulöser Kehlkopferkrankung; Caries und Perforation des Schildknorpels; extralaryngealer tuberkulöser Abscess; subcutanes Emphysem. (Observation de tuberculose laryngée — Carie et perforation du cartilage thyroide — Abscès tuberculeux extra-laryngien — Emphysème sous-cutané.)** *Revue de laryngologie, otologie etc. No. 22. 15. November 1894.*

Die Affection führte zum Exitus; das Larynxinnere war noch relativ wenig erkrankt, als der Abscess sich entwickelte. E. J. MOURE.

169) **Hunter Mackenzie. Anilin bei Phthise. (Aniline in phthisis.)** *Lancet. 27. September 1894.*

Verf. macht auf seine 1886 erschienene Arbeit (A Practical Treatise and the sputum) aufmerksam. Er gab Fuchsin in Pillenform und benutzte bei Larynxphthise einen Fuchsinspray; beides ohne Erfolg. ADOLPH BRONNER.

170) **A. J. Erwin. Kehlkopftuberkulose mit Tuberculin behandelt. (Laryngeal tubercle treated by tuberculin.)** *Journal Am. Med. Assoc. 13. October 1894.*

Der vorliegende Artikel ist die Fortsetzung eines früheren im Jahre 1892 erschienenen, in dem die Krankengeschichte von 7 im Jahre 1891 behandelten Patienten mitgetheilt wurde. Drei von diesen waren damals noch am Leben; sie sind seither gestorben und bei keinem von ihnen sind laryngeale Symptome wieder aufgetreten. Diese Fälle sind von Bedeutung, weil eine Heilung von 3 von 7 Fällen von Kehlkopftuberculose, wie sie hier vorliegt, ohne Präcedenz ist; zweitens weil es scheint, als ob die tuberculöse Erkrankung von ihrem ursprünglichen Sitze, den Lungen und dem Kehlkopf, durch das Tuberculin auf das Herz übergeleitet worden wäre. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

171) **S. G. Langmaid. Behandlung der Kehlkopfphthise. (Treatment of laryngeal phthisis.)** *Boston Med. and Surg. Journal. 19. Juli 1894.*

Nichts Neues. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

172) **J. Wright. Ein paar kritische Bemerkungen zur neueren laryngologischen und rhinologischen Literatur. (Some critical and desultory remarks on recent laryngological and rhinological literature.)** *N. Y. Medical Journal. 22. September 1894.*

Aus den Darlegungen W.'s sei Folgendes wiedergegeben:

„Im Journal of Laryngology, April 1894, berichtet Heryng über seine Erfolge mit dem chirurgischen Eingriff bei Kehlkopftuberkulose. Sein Bericht über

die 20 Fälle von den 252 operirten, die völlig geheilt wurden, macht einen imposanten Eindruck. Indessen, um ein wirkliches Urtheil zu gewinnen, müsste man ebenso genau die 232 Fälle studiren können, die operirt und nicht geheilt sind. Die Meisten unter uns haben wohl beim Lesen dieser Abhandlung den Wunsch, Heryng und Krause mit ihren schneidenden Curetten selbst arbeiten zu sehen, zu beobachten, wie diese Autoren unterscheiden, was erkrankt ist im Larynx und was nicht mehr, vor allem, wie sie sich auch nur annähernd überzeugen können, ob sie alles Krankhafte entfernt haben.

Wir erkennen gern an Heryng die Ehrlichkeit seiner Ueberzeugung und den Muth an, mit dem er vorgeht, allein zweifelhaft erscheint es uns, ob er andere laryngologische Praktiker mit derartigen Berichten zu gleichem Vorgehen veranlassen kann. Nur der Augenschein kann uns eine Ueberzeugung beibringen, die fest genug ist, um durch 9 Misserfolge unter 10 Versuchen nicht entmuthigt zu werden.

Den Artikel von Spiess in Fränkel's Archiv (I, 3) über die Behandlung der Nasenscheidewanddeviationen mit elektrischen Trephinen kann der amerikanische Rhinologe nicht ohne Lächeln lesen. Spiess sagt, dass vor 10 Jahren oder mehr Goodwillie davon gesprochen habe, dass diese Methode in Amerika angewendet werde. Weiter wusste er nichts davon in Erfahrung zu bringen. Aehnliche Bemerkungen machte Bronner vor 1 oder 2 Jahren in England. Ihre Instrumente gleichen in wunderbarer Weise denen, die sich im Instrumentarium jedes amerikanischen Rhinologen finden, nur sind sie etwas roher gearbeitet!

Krause (Berl. klin. Wochenschr. 1894, No. 16) theilt in einer sehr anregenden Arbeit seine Erfahrungen mit über die Heilung chronischer Laryngitiden durch tiefe Incisionen in die Stimmbänder parallel deren äusserem Rande. Die Einschnitte gehen durch Verdickungen, congestionirte oder varicöse Stellen und dergl. und die Heilung soll so zu Stande kommen, dass der Vernarbungsprocess die Congestion aufhebt. Wir sind gewohnt, unter dem Eindruck der Arbeiten von Bosworth die chronische Laryngitis durch Beseitigung von Deformitäten, durch Heilung von Nasen- und Rachenkrankeiten zu heilen, wenn anders nicht constitutionelle Dyscrasien oder die Beschäftigung des betreffenden Patienten (besondere Stimmanstrengungen) die Krankheit verursachen. Auch scheint uns der Hauptboden und der Sitz der vornehmlichsten pathologischen Veränderungen weit häufiger die hintere Kehlkopfwand oder die Ventrikel oder aber der gesammte Kehlkopf zu sein; ein ausschliessliches Befallensein der Stimmbänder ist wohl relativ selten. Dabei kann natürlich von einer Scarification der Stimmbänder im Allgemeinen wenig Nutzen erwartet werden; für wenige ausgewählte Fälle mag sie ihren Werth freilich haben."

LEFFERTS.

173) **S. E. Solly. Die Beziehung von Nasen- und Kehlkopfkrankheiten zur Lungentuberkulose. (The relation of nasal and laryngeal diseases to pulmonary tuberculosis.)** *Journal Americ. Med. Association (Chicago). 15. September 1894.*

Unter 200 Fällen von Lungentuberculose hatten 33 gleichzeitig eine Nasen-

erkrankung, 38 eine Kehlkopfkrankheit und 23 beides zugleich, d. h. 56 pCt. (38) Nasen- und 61 (30 pCt.) Kehlkopf-Complicationen.

Unter den nasalen Fällen schien 24 mal die Krankheit auf der rechten Seite, 14 mal auf der linken ihren Ursprung genommen zu haben. Bei den 24 Patienten mit rechtsseitiger Nasenerkrankung war 17 mal die rechte Lunge primär oder doch hauptsächlich afficirt, die linke in einem Falle, beide Lungen gleichzeitig in 6 Fällen. Von den 14 Fällen mit linksseitiger Nasenerkrankung waren 8 primär afficirt an der linken Lunge, 4 an der rechten und 2 an beiden gleichmässig, d. h. unter den 38 Fällen, bei denen sich die Erkrankung als eine rechts- oder linksseitige klassificiren liess, hatten 65,8 pCt. die primäre oder doch die hauptsächliche Lungenerkrankung auf derselben Seite, auf der die Nasenaffection sass.

Diese Thatsachen scheinen darauf hinzuweisen, dass eine gemeinsame Ursache diesem Mangel an Resistenz auf der einen Körperseite zu Grunde liegt, wahrscheinlich eine congenitale oder eine erworbene Störung, sei es der Ernährung oder der Innervation oder beider.

Die praktische Bedeutung der Nasenaffection für das Kehlkopf- oder Lungenleiden liegt hauptsächlich darin, dass sie zur Mundathmung führt und dadurch zu Erkältungen Anlass giebt, die Lungenausdehnung und vollständige Lüftung verringert und auch Reflexreizungen veranlasst. Es resultirt daraus die Lehre, die Nasenwege von Verstopfungen frei und überhaupt in möglichster Gesundheit zu erhalten. Auch bezüglich der Verbindung von chronischer Laryngitis und Lungentuberculose ist es eine praktisch wichtige Aufgabe, die erstere so schnell wie möglich zu heilen, wegen der Gefahr der secundären Infection der erkrankten Kehlkopfschleimhaut mit dem tuberculösen Sputum. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

174) **Heymann. Stenose der oberen Luftwege durch syphilitische Adhäsionen. (Stenosis of the upper air-passages from syphilitic adhesions.)** *Philad. Med. News. 22. December 1894.*

Wiedergabe der 3 Fälle, über die H. in der Berliner laryngologischen Gesellschaft berichtete. LEFFERTS.

175) **Rueda. Syphilitische Entzündung des Crico-arytaenoidgelenks. (Arthrite crico-aryténoidienne syphilitique.)** *Revue de laryngologie etc. No. 2. 15. Januar 1894.*

Verf. weist auf Grund eines von ihm beobachteten Falles nach, dass isolirte Arthritiden der Gelenkverbindungen zwischen den einzelnen Kehlkopfknorpel als einziges Symptom der syphilitischen Erkrankung des Larynx vorkommen können.

E. J. MOURE.

176) **Paul Bergengrün** (Riga). **Ein Beitrag zur Kenntniss der Kehlkopflepra.** *Archiv f. Laryngologie u. Rhinologie. Bd. II. H. 1. 1894.*

Verf. giebt eine genaue Beschreibung und Abbildungen des Kehlkopfbefundes von 9 Fällen von Kehlkopflepra. In allen Fällen war von dem leprösen Process die Epiglottis betroffen; sie liegt stark nach hinten über und ist mehr oder weniger seitlich comprimirt, von omegaähnlicher Gestalt, eine Folge der

knotigen Schrumpfung resp. starken Verdickung der Mucosa an der Zungenfläche der Epiglottis, mehr aber noch der Betheiligung der Ligg. ary-epiglottica, die stets mehr oder weniger verdickt, verkrümmt und verkürzt, starr und retrahirt erscheinen. Die ganze Epiglottisschleimhaut ist verdickt, auch an den Stellen, wo keine eigentliche Knotenbildung besteht. Ausser der Epiglottis sind Stimm- und Taschenbänder ausnahmslos erkrankt, meist mit ausgesprochener Knotenbildung, doch auch ohne solche mit einfacher Schwellung. Die subchordale Schleimhaut ist daher diffus verdickt und zeigt nur hin und wieder flachknotige Auftreibung. Der Knorpel selbst erscheint intakt, doch besteht perichondritische Reizung.

F. KLEMPERER.

177) **v. Jaruntowski. Zur Insufflation von Pulvern in den Kehlkopf.** *Archiv f. Laryngol. u. Rhinol. Bd. I. H. 3.*

Verf. empfiehlt einen Pulverbläser, der aus einem einfachen Insufflationsrohr aus Hartgummi und einem Doppelgebläse besteht, das mit jenem durch einen 30 bis 40 cm langen Schlauch verbunden ist. Das Gebläse wird vor der Einführung des Rohrs angeblasen, gleichzeitig aber mit dem 4. Finger der in der Hohlhand liegende Theil des Verbindungsschlauchs comprimirt. Nach Einführung des Rohrs bedarf es nur der Lüftung dieses Fingers, um das Pulver auszutreiben. Der Vorzug vor dem Rauchfuss'schen Pulverbläser ist klar; bei diesem wird nach Einführung des Rohrs durch Compression des Gummiballons erst der Luftdruck erzeugt und dabei leicht die Richtung des laryngealen Endes des Rohrs verändert.

F. KLEMPERER.

178) **Colley** (Marburg). **Die Resection der Trachea.** *Deutsche Zeitschr. f. Chir. 40. Bd. 1. u. 2. Heft. 1894.*

Gewisse Strikturen der menschlichen Luftröhre lassen sich nur durch Excision der verengten Stelle beseitigen. Thierversuche haben C. gelehrt, dass diese Excision am zweckmässigsten derartig erfolgt, dass nicht ein ringförmiges Stück der Trachea entfernt wird, sondern dass der resecirten Partie eine Bajonnetform gegeben wird. Dadurch wird die spätere Narbe in einen oberen hinteren und einen unteren vorderen Theil derartig zerlegt, dass die Bildung eines ringförmigen, in die Trachea hineinragenden, durchlöcherten Diaphragmas verhindert wird. Eine prophylaktische Tracheotomie ist nicht erforderlich. SEIFERT.

f. Schilddrüse.

179) **Christiani** (Genf). **Histologische Studie über die Ueberpfropfung der Schilddrüse. (Étude historique de la greffe thyreoidienne.)** *Rev. méd. suisse rom. H. 11. 1894.*

Ratten sind zu diesem Experiment am besten geeignet. Die Propfungen wurden in den verschiedensten Stadien untersucht; nach Verlauf von 18 Stunden bis zu 2 Jahren nach der Operation. Es ergab sich, dass Atrophie niemals eintrat, sobald Adhärenzen an dem Bauchfell eingetreten waren, was schon vom 3.—5. Tag

möglich ist; dass die Propfung durch die Stadien der trüben Schwellung und der entzündlichen Proliferation hindurch in 3 Monaten zur Wiederbildung von Schilddrüsengewebe gelangt.

JONQIERE.

180) **Hitzig** (Burgdorf). **Beiträge zur Histologie und Histogenese der Struma.** Zürcher Dissertation. 1894.

Ergebnisse: 1. Die ersten der Strumabildung beruhen wahrscheinlich auf Wucherungsvorgängen des normalen colloidhaltigen und colloidfreien Drüsenepithels (Virchow contra Wölfler).

2. Die ersten deutlich sichtbaren Anfänge der Struma nodosa sind vereinzelte Schläuche besonders differenzirten Epithels, welche in secundären Läppchen an Stelle des normalen Gewebes liegen.

3. Weiterhin ersetzt dieses Gewebe schrittweise metaplastisch das normale eines secundären oder auch eines primären Läppchens.

4. Die so veränderten Läppchen bilden, indem sie an Volumen zunehmen, sich abrunden und das Nachbargewebe verdrängen, die kleinsten eigentlichen Strumaknötchen.

5. Benachbarte, in der gleichen Art veränderte Läppchen können auf diese Weise multiculäre zusammengesetzte Strumaknötchen abgeben, indem sie entweder:

a) durch Durchwachsen der Schläuche durch die Septa verschmelzen, oder

b) sich gegenseitig abplatten, aber eine gemeinsame rundliche Oberfläche haben, oder endlich

c) indem die äussern Läppchen sich, schalenartig comprimirt um die central stärker gewucherten legen.

6. Die metaplastische Bildung der Strumagewebe im Knoten endet, wenn die Grenze der primär getroffenen Läppchen erreicht ist. Dann findet ein Wachsthum der Knoten aus sich heraus mit Verdrängung der Umgebung statt.

7. Die diffuse Struma beruht auf gleichmässiger Wucherung in allen Läppchen der Drüse.

8. Die knotige Struma kommt durch Verschiedenheit der Wachsthumsenergie der verschiedenen benachbarten Theile zu Stande.

Verf. betrachtet seine Arbeit nur als ein weiteres Stück in der Bearbeitung der so complicirten Histologie der Struma und nicht als ein Ganzes.

JONQIÈRE.

181) **R. Sievers. Der Kropf in Finland. (Goitre in Finland.)** *Lancet. 20. Mai 1894.*

Nach S. ist der Kropf seit 50 Jahren in Finland bekannt, und ist am Lake Ladoga (sehr hoch gelegen) endemisch geworden. Von 220000 Rekruten wurden 144 wegen Kropf zurückgestellt.

ADOLPH BRONNER.

182) **Middeldorpf** (Hanau). **Zur Kenntniss der Knochenmetastasen bei Schilddrüsentumoren.** *Arch. f. klin. Chirurgie. XLVIII. 3. 1894.*

In dem von M. mitgetheilten Falle fanden sich Metastasen in der Lunge und in einer Anzahl von Knochen. Die mikroskopische Untersuchung der metastatischen Geschwulstmassen ergaben völliges Uebereinstimmen derselben mit der primären

Schilddrüsengeschwulst. Bemerkenswerth war die Kleinheit der Lungenknötchen gegenüber den grossen in die Knochen abgelagerten Geschwulstmassen. Durch das Hineinwuchern der Schilddrüsengeschwulst in eine grosse Vene an der Schilddrüsenoberfläche wird die Entstehung der Metastasen erklärt. SEIFERT.

183) **Wherry. Partielle Thyroidectomie und Tracheotomie wegen Kropf. (Partial thyroidectomy and tracheotomy for goitre.)** Cambridge Medical Society. *Brit. Med. Journ. 2. Juni 1894.*

Nach einen schweren Anfall von Dyspnoe musste tracheotomirt werden. Der mittlere Lappen der Schilddrüse wurde ganz und die Seitenlappen theilweise entfernt. Die Trachea war abgeplattet. Patient wurde ganz kindisch. Drei Tabloids von Thyroid-Extract wurden täglich zwei Monate hindurch genommen, wonach sich Patient vollständig erholte. ADOLPH BRONNER.

184) **D. Paterson. Zur Aetiologie der Basedow'schen Krankheit. (Note on the etiology of Graves' disease.)** *Lancet. 2. Juni 1894.*

Verfasser erwähnt den Fall eines Mädchens von 17 Jahren, das an geringem Tremor und einer gewissen Aufregung litt; diese Symptome wurden nach Entfernung der Mandeln stärker. Nach 14 Tagen zeigte sich eine geringe Anschwellung des mittleren Lappens der Schilddrüse und Exophthalmus. Aehnliche nervöse Symptome wie bei Graves' Disease sollen im Klimacterium der Frauen vorkommen. Verfasser glaubt, dass nervöse Aufregung oder übermässige Anstrengung Basedow'sche Krankheit hervorrufen können. Die Secretion der Schilddrüse werde dadurch beeinflusst, wahrscheinlich vermindert und diese Verminderung rufe die Symptome hervor. ADOLPH BRONNER.

185) **J. Craig. Ein ungewöhnlicher Fall von Basedow'scher Krankheit. (An unusual case of Graves' disease.)** *Med. Press. and Circul. 6. Juni 1894.*

Bei einem anämischen Mädchen von 25 Jahren war der Exophthalmus so stark, dass Ulceration der Corneae und Erblindung eintrat. Der Puls variirte von 120 bis 170. Die Schilddrüse war nicht stark vergrössert, jede Hälfte ungefähr Orangengrösse. ADOLPH BRONNER.

186) **W. H. Hill. Basedow'sche Krankheit. (Exophthalmic goitre.)** *Med. and Surg. Reporter. 11. August 1894.*

Krankengeschichte eines Falles, von dem etwas besonderes nicht zu erwähnen ist. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

187) **Lebon. Die therapeutische Verwerthung der Schilddrüse. (Emploi thérapeutique du corps thyroide.)** *Gazette des hôpitaux. 16. August 1894.*

Ein Uebersichtsartikel über die bezüglich der Schilddrüsenfrage publicirten Arbeiten (Injectionen, Transplantationen und Verfütterung der Schilddrüse bei Myxödem, Psoriasis u. s. w.). A. CARTAZ.

188) **W. D. James. Die Gefahren des Schilddrüsenextractes. (The dangers of thyroid extract.)** *N. Y. Med. Record. 8. September 1894.*

Verf. berichtet über einen Fall von Glycosurie, verursacht durch das zur

Heilung einer Psoriasis gegebene Schilddrüsenextract. Der Pat., selbst Mediciner, hatte das Extract eine Zeitlang in kleinen Dosen genommen, ohne einen Effect auf seine Hautkrankheit und hatte dann ganz plötzlich die Dosis gesteigert. Nach Verlauf einer Woche begann er unter einer heftigen Depression zu leiden, mit häufigem Blutandrang zum Kopfe und Palpitationen. Die nervösen Symptome nahmen zu, Pat. fühlte sich gealtert und sah auch so aus. In der nächsten Zeit trat eine starke Steigerung seines Durstes auf und man constatirte Zucker im Urin, dessen spec. Gewicht 1032 betrug. Es wurde sofort das Thyroid-Extract ausgesetzt und eine antidiabetische Diät angeordnet. Der Zucker nahm von Tag zu Tag ab und verschwand bald ganz. Der Pat. erholte sich; seine Psoriasis war nicht gebessert.

LEFFERTS.

189) **Angerer. Cachexia strumipriva. Besserung durch Verfüttern von Schafsschilddrüse.** *Münchn. med. Wochenschr. No. 28. 1894.*

Vorstellung eines 40jährig. aus einer Kropffamilie stammenden Mannes, bei dem nach Verfütterung von 28,0 roher Schafschilddrüse auffallende Besserung eintrat.

SCHECH.

190) **Richardson. Thyroidextract bei Kropf.** Brighton Medico-chirurgical Society. — *Lancet. 23. Juni 1894.*

In einem Fall von vergrösserter Schilddrüse, die starke Dyspnoe verursachte, wurde Thyroid-Extract gegeben. Nach zwei Monaten war die Drüse bedeutend verkleinert.

ADOLPH BRONNER.

191) **Chas. E. Nammack. Psoriasis mit Schilddrüsenextract behandelt mit negativem Resultat. (Psoriasis treated by thyroid extract with negative result.)** *N. Y. Med. Record. 15. September 1894.*

Die Ueberschrift enthält eine ausreichende Inhaltsangabe.

LEFFERTS.

192) **N. Yorke-Davies. Schilddrüsen-Tabloids bei Fettsucht. (Thyroid tabloids in obesity.)** *Brit. Med. Journ. 7. Juli 1894.*

Von den Burroughs-Wellcome'schen Tabloids wurde dreimal täglich 1 Stück gegeben. Dabei wurde eine entsprechende Diät verordnet. Die Erfolge waren gute. Von einigen Fällen werden Krankengeschichten mitgetheilt.

ADOLPH BRONNER.

193) **Towers-Smith. Schilddrüsen-Tabloids bei Fettsucht. (Thyroid-tabloids in obesity.)** *Brit. Med. Journ. 14. Juli 1894.*

Verf. meint, dass man mit der Diät allein in diesen Fällen auskomme. Der Thyroid-Extract sei oft sehr gefährlich.

ADOLPH BRONNER.

194) **Hector Mackenzie. Schilddrüsen-Behandlung bei Fettsucht und Morbus Basedowii. (Thyroid treatment in obesity and exophthalmic goitre.)** *British Med. Journ. 21. Juli 1894.*

In Fällen von Fettsucht genügt die Diät gewöhnlich allein.

In zwei Fällen von Basedow hatte der Extract gar keinen Effect.

ADOLPH BRONNER.

195) **E. Buys. Curative Wirkung eines Schilddrüsenextractes beim Menschen. (Action curative chez l'homme d'un extrait de glande thyroïde.)** *Journal de Méd., de Chir. et de Pharmacol. No. 24. 1894.*

Mittheilung eines Falles von Myxödem, welches der Autor mit einem von ihm hergestellten Schilddrüsen-Extractivpulver zur Heilung gebracht hatte, cfr. Bericht der Jahresversammlung belgischer Laryngologen etc. von 1894.

BAYER.

196) **Pospelow** (Moskau). **Weitere Beobachtungen über die Behandlung des Myxoedema.** *Monatsschr. f. prakt. Dermat. XIX. 10. 1894.*

In einem Falle von Myxödem gebrauchte P. mit Vortheil Tabletten aus pulverisirter Ochsenschilddrüse, welche nach der Methode von L. Nielsen hergestellt waren und je 0,12 reinen Schilddrüsenpulvers enthielten. SEIFERT.

197) **Ewald. Ein interessanter Fall von Myxoedem.** *Münchn. med. Wochenschr. No. 30. 1894. Deutsche med. Wochenschr. No. 30. 1894.*

Bei der 50jährigen Kranken zeigten sich nach vergeblicher Anwendung aller Mittel Injectionen von Schilddrüsensaft einigermassen wirksam. Später nahm sie jedesmal mit Besserung des Myxödems Schilddrüsensaft in Tabletten, bekam aber jedesmal darauf Zuckerausscheidung. SCHECH.

198) **Mendel. Schilddrüsensaft bei Myxoedem.** *Münchn. med. Wochenschrift. No. 30. 1894.*

Bei einer Kranken, welcher Schilddrüsensaft injicirt worden war, stellten sich später Infiltrate an den Stichstellen und bedrohliche Herzschwäche ein. Die Kranke bekam deshalb den Saft innerlich und wurde nach 3 Monaten geheilt. Mendel verwirft deshalb die Injection und befürwortet die Darreichung der Schilddrüse per os. SCHECH.

199) **J. A. Wessinger. Myxoedem. (Myxoedema.)** *N. Y. Medical Journal. 28. Juli 1894.*

Die 45jährige Patientin erhielt 3 mal täglich 1 Tabloid aus

Cinchonidin. sulfur. 0,06
Ferrum reduct. 0,09
Ipecac. 0,0075
Acid. arsenicos.
Strychnin. sulfur. aa 0,0015,

ausserdem 1 Kapsel von 0,3 g getrocknetem Schilddrüsenpulver bei jeder Mahlzeit. Nach 6 Wochen war der Zustand der Pat. ganz erheblich gebessert.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

200) **Alexander Napier** (Glasgow). **Sieben Fälle von Myxoedem unter Schilddrüsenverfütterung. (Seven cases of myxoedema treated by thyroid feeding.)** *Glasgow Med. Journal. August 1894.*

Der Titel kennzeichnet den Inhalt der interessanten Arbeit.

P. MC BRIDE.

201) **De Becker. Behandlung eines schweren Falles von Myxoedem durch Einverleibung von Schafsschilddrüsen. (Traitement d'un cas grave de myxoedème par injection de glandes thyroïdes du mouton; Guérison.)** *La Presse Méd. Belge. No. 29. 1894.*

Interessante Mittheilung; rapider Erfolg, sobald richtige Schilddrüsen vom Schafe incorporirt wurden. Mittags wurde in Bouillon fein gehackt eine halbe, sauber von ihrer Kapsel losgeschälte ca. einen Gramm schwere Drüse dargereicht mit Ausschluss jeder anderen Speise. — Die Behandlung muss überwacht werden, denn ausser Zufällen vom Magendarm aus, kann sich bei dem Patienten eine so hochgradige Schwäche einstellen, dass man die Behandlung unterbrechen ev. zu Tonicis greifen muss.

BAYER.

202) **Nielsen** (Kopenhagen). **Behandlung von Myxoedem mittelst Pill. glandulae thyroideae siccatae.** *Monatsh. f. prakt. Dermat. XVIII. 3. 1894.*

Interessant ist, wie aus der ausführlich mitgetheilten Krankengeschichte einer 50jährigen Frau hervorgeht, dass man zur Beseitigung des Myxödems auch die Kalbsschilddrüse in getrocknetem Zustande zu Pillen verarbeitet geben kann. Die betr. Patientin hat mit 2 solchen Pillen à 5 cg täglich (= $^1/_8$ frischer Drüse täglich) angefangen und ist nach und nach im Laufe von 14 Tagen bis zur höchsten Dosis: 7 Pillen täglich, entsprechend kaum einer halben frischen Drüse gestiegen.

SEIFERT.

203) **W. Snowball** (Melbourne Victoria). **Ein Fall von congenitalem Myxoedem behandelt mit Schilddrüsentabloids. (A case of congenital myxoedema treated with thyroid tabloids.)** *Intercolonial Quarterly Journ. of Med. and Surgery. August 1894.*

Es handelt sich um ein Kind von 2 Jahren, das ausgesprochene Symptome von Myxödem darbot. Dasselbe erhielt anfangs täglich 1 Tabloid (von Allen und Hanbury); da diese Dosis sich als zu stark erwies, wurde sie bald auf $^1/_2$ Tabloid p. die herabgesetzt. Nach 2 Monaten machte sich eine Besserung geltend, die der Verf. als „dramatisch“ bezeichnet. Es besteht die Absicht, um die Besserung zu einer dauernden zu gestalten, eine Transplantation der Schilddrüse vorzunehmen.

A. T. BRADY.

204) **J. Harold. Fälle von Myxoedem mit Schilddrüsen-Extract behandelt. (Cases of myxoedema treated by thyroid gland.)** *Practitioner. August 1894.*

Zwei Fälle werden erwähnt, in denen comprimirte Tafeln von 0,3 g gegeben wurden.

ADOLPH BRONNER.

205) **T. Railton. Sporadischer Cretinismus behandelt durch Darreichung von Schilddrüse. (Sporadic cretinism treated by administration of the thyroid gland.)** *Brit. Med. Journ. 2. Juni 1894.*

Der Fall ist schon früher (Brit. Med. Journ. 2. März 1891) beschrieben worden.

Der Knabe von 14 Jahren, ein Bruder des von S. Telford Smith beschriebenen Patienten, bekam anfangs zwei Tabloids (Burroughs and Well-

come) täglich, dann 3, 4 und schliesslich nach einem Jahre 5. Der Junge hat sich geistig und körperlich vollständig erholt. ADOLPH BRONNER.

206) **Telford Smith. Ein Fall von sporadischem Cretinismus unter Schilddrüsenbehandlung. (Case of sporadic cretinism treated with thyroid gland.)** *Brit. Med. Journ. 2. Juni 1894.*

Bei einem Jungen von 9 Jahren der seit dem zweiten Lebensjahre schwachsinnig war, wurde die Kur angewandt. Zuerst wurde ein viertel Theil einer Hälfte einer frischen Schafsschilddrüse gegeben. Es erfolgte heftiges Erbrechen. Nach 14 Tagen bekam der Patient $^1/_8$ einer Drüsenhälfte zweimal wöchentlich 6 Wochen hindurch. Die Behandlung wurde zweimal ausgesetzt und dann trat jedesmal eine Verschlimmerung ein. Nach 5 Monaten nahm der Knabe täglich ein Tabloid (Burroughs and Wellcome) 7 Monate lang zu sich. Sein Zustand ist jetzt fast normal. Verfasser macht darauf aufmerksam, dass man in Fällen von sporadischem Cretinismus fast immer viele Symptome von Rachitis findet. In vielen Fällen sind die Mütter stark deprimirt während der Schwangerschaft.

ADOLPH BRONNER.

207) **Finlayson** (Glasgow). **Ein Patient von 5 Jahren mit sporadischem Cretinismus, gebessert unter der Schilddrüsenbehandlung. (Patient, aged five years, the subject of sporadic cretinism and improving under thyroid treatment.)** *Glasgow Med. Journal. August 1894.*

Vorstellung des Falles. P. MC BRIDE.

g. Oesophagus.

208) **J. Gemmel. Fremdkörper im Magen, Gastrotomie, Tod. (Foreign bodies in the stomach. Gastrotomy. Death.)** *Lancet. 25. August 1894.*

Bei einem maniakalischen Patienten von 42 Jahren wurde wegen starker Schmerzen und Erbrechens der Verdacht auf Verschlucken eines Fremdkörpers rege und deshalb die Gastrotomie gemacht. Man fand 192 Eisennägel im Magen. Der Patient starb 4 Stunden nach der Operation. ADOLPH BRONNER.

209) **Roux** (Lausanne). **Narbige Verengerung der Speiseröhre, temporäre Gastrotomie, Katheterismus von unten. Heilung. (Retrecissement cicatriciel de l'oesophage etc.)** *Revue méd. de la Suisse rom. H. 9. 1894.*

Die Bougierung des Oesophagus vom Magen aus ist Roux zuerst gelungen. Zuerst wurde eine kleine Urethralsonde, an welcher ein langer Seidenfaden befestigt war, in die Cardia eingeführt, dann durch einen Mandrin bis in den Pharynx und oben hinausgestossen und schliesslich an dem unten heraushängenden Seidenfaden eine Reihe zunehmend dickerer conischer Bougies durch die Cardia hindurchgeleitet. Nach 38 Tagen dieser Behandlung trat Heilung der Strictur ein.

JONQUIÈRE.

210) **W. Meyer** (New York). **Neuere Methoden der Gastrotomie wegen Oesophagusstrictur. (Recent methods of gastrotomy for stricture of the oesophagus.)** *American Journal of the Med. Scienc. October 1894.*

Verf. giebt eine sorgfältige Kritik der neueren Operationsmethoden an der Hand eigener Krankengeschichten. P. MC BRIDE.

211) **Ramond. Krebsige Oesophagusstrictur. (Retrécissement cancereux de l'oesophage.)** *Bull. Soc. anatomique de Paris. 19. October 1894.*

Zwei Besonderheiten machen R.'s Fall interessant.

1. Der Wechsel der Schluckbeschwerden, die an luetische Natur der Verengerung hatten denken lassen (Besserung nach specifischer Behandlung).

2. Die Grösse der Geschwulst, die den Umfang einer Faust erreichte.

A. CARTAZ.

212) **M. Verrall. Krebs des Oesophagus. (Cancer of oesophagus.)** *Lancet. 15. September 1894.*

In der Brighton Med. Chir. Gesellschaft demonstrirte V. das Präparat. Das Carcinom war in die Trachea durchgebrochen und hatte partielle Lungengangrän verursacht. Vier Wochen vor dem Exitus war die Gastrotomie gemacht worden.

ADOLPH BRONNER.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) **P. Mc Bride** (Edinburgh). **Die Krankheiten des Halses, der Nase und der Ohren. (Diseases of the throat, nose and ear)** Klinisches Handbuch für Studirende und Aerzte. 2. verbesserte und vermehrte Auflage. Edinburgh und London. Young J. Pentland. 1894. pp. 680.

Wir verzeichnen mit Vergnügen das Erscheinen der zweiten Auflage des Mc Bride'schen Werkes; wir konnten die günstige Aufnahme dieses Buches bei Studirenden und Aerzten vor 2 Jahren vorhersagen und das rasche Erscheinen der Neuauflage bestätigt unsere Prognose.

Die zweite Auflage weicht in mehreren wichtigen Punkten von der ersten ab; sie enthält 40 Seiten mehr; statt 38 colorirter Abbildungen werden jetzt 48 geboten und dieselben sind von vortrefflicher Ausführung. In vielen Abschnitten, in denen die letzten zwei Jahre Fortschritte gebracht haben, ist das Werk wieder auf die volle Höhe geführt worden. Das Kapitel der „Pachydermia laryngis" geht sogar beinahe über diese hinaus, denn es enthält einige Punkte, von denen wir früher nicht ahnten, dass sie zur Pachydermie gehören.

Von der Antitoxintherapie bei Diphtherie ist in dem betr. Kapitel nicht die Rede; wahrscheinlich war das Werk schon in der Presse, als diese Bewegung los-

brach. Zweifellos hätte sich in einer Anmerkung oder anhangsweise etwas über diesen Punkt sagen lassen. Allein der Autor dachte wohl — und seine Zurückhaltung ist nicht unverständlich — dass es bei der nächsten Auflage leichter sein würde, ein Urtheil über den Werth dieser Therapie zu haben. Hoffentlich dauert es nicht sehr lange, bis diese nöthig wird. Wünschenswerth wäre auch, dass die Herausgeber den Autor dann eine grössere Anzahl von Abbildungen aufnehmen lassen. Die Syphilis des Kehlkopfs, benigne und maligne Kehlkopftumoren, auch manche Rachenaffectionen verdienen wohl eine reichlichere Illustrirung.

Henry T. Butlin.

---

b) Berliner Laryngologische Gesellschaft.

Sitzung vom 9. November 1894.

Kirstein stellt 1. einen Pat. vor, bei dem vor 15 Jahren statt der beabsichtigten Tracheotomie die Thyreotomie — aber auch nur unvollständig — gemacht worden ist; die Platten des Schildknorpels sind in dem obersten Theil nicht getrennt worden, klaffen dagegen nach unten zu dreieckig. Der Spalt zwischen ihnen ist durch eine derbe Narbenmasse ausgefüllt. Dementsprechend sieht man laryngoskopisch die Stimmbänder in der vorderen Commissur klaffen.

In einem 2. Falle, den K. demonstrirt, war durch eine äussere Gewalteinwirkung eine Fractur des Schildknorpels zu Stande gekommen, der eine Perichondritis externa und interna folgte. Trotzdem keine Tracheotomie gemacht worden war, heilte die Fractur mit Bildung ausgedehnter Narben, die das laryngoskopische Bild sehr eigenthümlich gestaltet haben. So setzen sich z. B. die aryepiglottischen Falten nahe der Mittellinie an der laryngealen Fläche der Epiglottis an und legen sich mit Ausnahme des vordersten Theils bei der Phonation wie zwei Stimmbänder gegeneinander. Auch in den tieferen Theilen des Kehlkopfs finden sich einige, wenn auch weniger entstellende Veränderungen.

Heymann hat den Pat. vor 15 Jahren untersucht und wegen des nach der Fractur aufgetretenen Larynxödems scarificirt. Pat. erkrankte dann an Typhus, in dessen Verlauf die Fractur heilte.

Treitel stellt einen Pat. mit linksseitiger Recurrenslähmung vor, bei dem die Epiglottis eigenthümliche Bewegungen macht. Sie steht von r. hinten nach l. vorne. Bei der Respiration wendet sie sich nach links, bei der Phonation rückt der rechte Rand erst nach unten und denn nach rechts herüber.

Herzfeld demonstrirt eine Patientin, der er im März d. J. wegen eines bereits 9 Jahre bestehenden Stirnhöhlenempyems den Sinus frontalis von aussen aufgemeisselt hat; der Hautschnitt verlief parallel der Augenbraue. Die Wunde schloss sich nach 7 Wochen. Seit Juli d. J. dauernde Heilung. Die Narbe entstellt die Pat. keineswegs.

Flatau zeigt ein Papillom, das er vom Kehldeckelrande eines Pat.

entfernt hat; dann demonstrirt er zwei Patienten, von denen der erste nach Ausheilung eines Siebbeinhöhlenempyems ein solches der Stirnhöhle zeigte, während im zweiten Falle nach breiter Eröffnung der erkrankten Oberkieferhöhle der Pat. mit dem ihm eingelegten Jodoformgazestreifen 5 Monate aus der Behandlung blieb und dann ein Empyem des Siebbeins, der Keilbein- und Stirnhöhle aufwies. In beiden Fällen wurde die Stirnhöhle aufgemeisselt, nachdem der Hautschnitt in der Corrugatorfalte gemacht worden war. Das Resultat ist in beiden Fällen ein ausgezeichnetes.

Sänger (Magdeburg) berichtet über die guten Resultate, die er durch die Behandlung der Ozäna mittelst seines Nasenobturators (s. Therapeut. Monatsh. 1894. October) erzielt hat.

Heymann erinnert daran, dass er schon 1878 vorgeschlagen habe, bei Ozäna das Athemvolumen zu verkleinern.

B. Fränkel: Bemerkungen über den Namen der Wrisbergischen Knorpel.

F. weist, gestützt auf zahlreiche historische Notizen, nach, dass die genannten Knorpel schon von Camper beschrieben worden sind; F. schlägt den Namen „keilförmige Knorpel“ vor. Der interessante und in historischer und literarisch-ethischer Hinsicht wichtige Vortrag wird in Fränkel's Archiv für Laryngologie erscheinen.

Flatau berichtet von einem Pat., bei dem er an den Stimmbändern Fibrome und am Kehldeckel einen knorpligen Tumor gesehen; bei einem anderen fand er am Stimmbande eine Cyste mit breiigem und an der ovalen Fläche der Epiglottis eine solche mit serösem Inhalt. Dann demonstrirt er einige modificirte Grünwald'sche Nasenzangen, die nach oben und seitlich abgebogene Branchen haben. Schliesslich zeigt er geschwärzte Nasenspecula, die er besonders beim Photographiren benutzt, und ein schmales Fränkelsches Nasenspeculum, mittelst dessen er zwei auf das Septum gelegte Celloidinplättchen comprimirt, um Nasenblutungen zu stillen.

Sitzung vom 7. December 1894.

Musehold stellt einen 72jähr. Glöckner vor, der seit 3 Jahren an allmählich bis zur Stimmlosigkeit sich steigernder Heiserkeit leidet; seit August d. J. gesellte sich dazu eine erschwerte Athmung, die Nachts beängstigenden Luftmangel herbeiführte. — Es fand sich ein grosser, grauweisser Tumor, der von der Hälfte des r. Ventricul. Morgagni ausgehend fast das ganze Larynxlumen ausfüllte. Beim Phonationsversuch blähte sich die r. aryepiglottische Falte zu einer graudurchscheinenden, medianwärts vorspringenden Blase auf. Diese Erscheinung ist auch noch nach Entfernung des Tumors sichtbar, der sich als ein bis in den subglottischen Raum reichendes höckriges Fibrom erwies.

Die grosse Ausdehnung des Appendix des Sin. Morgagni ist wohl eine Folge

davon, dass die Geschwulst bei der Phonation sich zwischen die Taschenbänder klemmte und der unter starkem Exspirationsdruck — der Kranke bediente sich immer einer angestrengten Flüsterstimme — stehenden Luft den Ausweg so verlegte, dass dieselbe in den erweiterten Ventrikel abgelenkt wurde.

B. Fränkel sah in einem ähnlichen Falle, in dem ein grosses Myxom eines Stimmbandes dieses nach unten zog und den Ventrikeleingang erweiterte, dieselbe Erscheinung.

Treitel demonstrirt ein neues Oesophagoskop, das sich aber bisher praktisch noch nicht bewährt hat.

B. Fränkel zeigt das Präparat eines colossalen Enchondroms der Schildknorpelplatte, das v. Bergmann operirt hat. Die Geschwulst machte sich bei dem Pat. äusserlich als ein grosser Tumor bemerkbar und hatte nach innen Taschenband und Ventrikel verdrängt.

Grabower: Ueber die in der Med. oblong. gelegenen Centren für die Innervation der Kehlkopfmuskeln.

Im Verfolg der früher von G. experimentell festgestellten Thatsache, dass nicht der N. accessorius sondern der N. vagus der motorische Nerv für den Kehlkopf ist (s. Centralblatt f. Physiologie 1890, No. 20), hat es derselbe Autor unternommen, die Lage, Ausdehnung und das gegenseitige Verhältniss der Accessorius- und Vagus-Kerne sowie deren Wurzeln an Serienschnitten durch Rückenmark und Medulla oblong. genau festzustellen. Der Accessorius-Kern hat seinen Sitz nur im Vorderhorn des Rückenmarks theis im medialen theils im dorsalen Theile desselben. Die Accessorius-Wurzeln, welche zwei verschiedene Verlaufsweisen zeigen, ziehen von der Peripherie durch die weisse Substanz, biegen in die graue Substanz um und gelangen theils direct theils auf Umwegen zum Kern. Der Accessorius-Kern hört etwa in der Mitte der Pyramidenkreuzung auf. An seinem bisherigen Standort treten in regelloser Weise eine Anzahl Kerne auf, welche sich höher oben zum Hypoglossus-Kern formiren. Der Accessorius ist hiernach ein rein spinaler Nerv, ein cerebraler Accessorius existirt nicht. — G. hat ausserdem Ganglien am Accessorius gefunden und demonstrirt. Erwiese sich diese Thatsache als eine constante, so würde die rein spinale Natur des Accessorius auch hierdurch dargethan sein. — Der motorische Vagus-Kern beginnt erst lange nachdem Accesorius-Kern und -Wurzeln verschwunden sind, so dass irgend welche Beziehung zwischen beiden ausgeschlossen ist. Der sensible und motorische Vagus-Kern sind constant durch markhaltige Fasern mit einander verbunden. — G. hält den motor. Vagus-Kern für das letzte Innervations-Centrum der Kehlkopfmuskeln und protestirt gegen den in Publicationen vielfach gebrauchten Ausdruck „Vago accessorius-Kern", da dieser einen Zusammenhang des Vagus- und Accessorius-Kerns voraussetzt, diese Voraussetzung aber den thatsächlichen anatomischen Verhältnissen direct widerspricht. Ueber alles Nähere sowie die Abbildungen muss auf G.'s Arbeit im Archiv für Laryngologie Bd. II. Heft 2 verwiesen werden.

Schadewaldt berichtet über den in der Februarsitzung vorgestellten Pat. mit linksseitiger Recurrenslähmung; derselbe ist inzwischen verstorben und die

Section ergab als Ursache der Lähmung ein Carcinom des Mediastinum. Aus dem Umstande, dass erst $1^1/_2$ Jahre nach dem Auftreten der ersten Symptome die Lähmung eintrat und 4 Monate, nachdem dieselbe durch Heiserkeit mehrere Male sich angedeutet hatte, glaubte Sch. von vorneherein mit Sicherheit sagen zu können, dass es sich um einen Tumor und nicht um ein Aortenaneurysma handeln müsse. Denn in letzterem Falle tritt die Stimmbandlähmung sofort ein, ehe noch die sicheren Zeichen des Aneurysma nachweisbar sind. Da dieses immer auf syphilitischer Basis sich entwickelt, kann bei der durch das Laryngoskop ermöglichten Frühdiagnose eine zweckentsprechende und erfolgreiche Therapie durch eine Inunctionskur eingeleitet werden. A. Rosenberg.

---

c) Londoner Laryngologische Gesellschaft.

Sitzung vom 10. October 1894.

Vorsitzender: Dr. Felix Semon.

Creswell Baber (Brighton): Adenom der Zunge.

Demonstration eines 16jährigen Mädchens, welches seit neun Monaten an einem Adenom der Zunge gelitten hatte. Die Geschwulst war mittelst der Schlinge entfernt worden, aber bereits redicivirt, und zeigte sich als eine unregelmässige flache Erhebung an der Zungenbasis, wenn man das Organ mit dem Spatel herunterdrängte. Sie glich den von Mr. Butlin in den „Transactions of the Clinical Society", 1890 (Vol. XXIII. p. 180) als „Drüsengeschwülste" der Zunge beschriebenen Tumoren. Die von Mr. H. H. Taylor ausgeführte mikroskopische Untersuchung zeigte, dass sie grosse Aehnlichkeit mit dem Schilddrüsengewebe hatte, und möglicherweise mit foetalen Ueberbleibseln der Ductus linguales in Zusammenhang stehen konnte. Es waren weder Cysten noch tubuläres Gewebe in ihr vorhanden. Der Fall schien daher die von Barnays und Grant Sutton aufgestellte Theorie zu stützen, dass diese Geschwülste ihrer Natur nach accessorische Schilddrüsen seien.

Mr. Lake beschrieb einen ähnlichen Fall.

F. Bennett. Unbeweglichkeit des linken Stimmbands.

Die Patientin war eine 47jährige Frau. Seit etwa 2 Jahren fortschreitender Stimmverlust, keine Congestion, keine Ulceration im Kehlkopf und keine Zeichen, welche auf Affektion anderer Art hindeuteten. Nichts Pathologisches im Thorax, keine Schlingbeschwerden, anfänglich Schmerz in der Kehlkopfgegend, der aber bald verschwand. Kein Grund für Verdacht auf Syphilis, Jodkalium erfolglos.

Die Discussion, an welcher Dr. Dundas Grant, Dr. Tilley, Dr. Spicer und der Präsident theilnahmen, förderte keine befriedigende Erklärung zu Tage. Grant meinte, es könne sich um den Druck einer tief gelegenen Drüse auf den

Recurrens handeln; Tilley rieth, an Tabes zu denken; Spicer glaubte, eine gewisse Fülle in der linken Fossa hyoidea bemerkt zu haben, und meinte, dass es sich um eine lokale Läsion handeln könne; der Präsident sprach über die verhältnissmässige Häufigkeit von Fällen, in welchen klinisch keine genügende Ursache für die Unbeweglichkeit eines Stimmbands gefunden werden könne und betonte, wie wünschenswerth es sei, in solchen Fällen Autopsie vorzunehmen. Die Gouguenheim'schen Angaben über die Häufigkeit von Recurrensparalysen durch Druck der den Recurrens begleitenden Lymphdrüsen auf den Nerven hätten bis jetzt wenig Bestätigung von anderer Seite gefunden, verdienten aber nachgeprüft zu werden. Zum Schlusse berichtete er über seine Erfahrung hinsichtlich der Häufigkeit der Kehlkopflähmungen bei der Tabes, und betonte besonders, dass die Kehlkopflähmungen allen anderen Symptomen für längere Zeit vorausgehen können.

Adolph Bronner (Bradford): Cystisches Fibrom des linken Stimmbands.

Demonstration mikroscopischer Präparate einer Geschwulst, die .om linken Stimmband eines 76jährigen Predigers entfernt war. Es zeigten sich zahlreiche erweiterte Venen und mehrere grosse mit Endothel ausgekleidete Hohlräume in der Geschwulst. Zeichnungen ähnlicher Geschwülste seien von Chiari im Archiv für Laryngologie, Vol. II, No. 1 gegeben worden.

Adolph Bronner. Epitheliom der Epiglottis.

Demonstration eines 78jährigen Patienten, der seit drei Jahren an einem Epitheliom der Epiglottis litt, welches theilweise mit der schneidenden Zange entfernt worden war. Der Patient konnte gegenwärtig ohne Schwierigkeit essen und sprechen. Der interessante Theil des Falls war, dass — nach der Ansicht des Vortragenden — unzweifelhafte Metastasen in der Leber und den Lungen vorhanden waren; dies, wie wohl bekannt, sei von äusserster Seltenheit beim Kehlkopfkrebs.

F. de Havilland Hall. Fall von (?) chronischer Kehlkopftuberkulose.

Demonstration eines 51jährigen Mannes, der seit 26 Jahren an Syphilis gelitten hatte. Sein gegenwärtiges Halsleiden begann vor 10 Jahren, gab aber die ersten fünf Jahre hindurch wenige Beschwerden. Im Laufe der letzten drei Jahre war er unter Behandlung von Professor Valentin in Bern gewesen. Er consultirte Dr. Hall am 26. Mai 1894. Die Epiglottis, die arytaeno-epiglottischen Falten und die Giessbeckenknorpel waren enorm geschwollen, und die Glottis auf eine ganz enge Spalte reducirt; die Stimmbänder waren nicht sichtbar. Die Schleimhaut der hinteren Rachenwand war durch Narbengewebe ersetzt. Das Septum nasi war vollständig zerstört. In der linken Lungenspitze fand sich hinten Dämpfung, Bronchialathmung und gelegentlich Rasselgeräusche. Wenn der Patient mit geschlossenem Munde eine forcirte Exspiration machte, so erschienen zwei Geschwülste an den Seiten des Kehlkopfs, ein deutliches Geräusch wie von einem springenden

Pfropfen begleitete das Erscheinen dieser Geschwülste. (? Dilatation der Morgagnischen Ventrikel).

Da die Symptome von Kehlkopfstenose constant zunahmen, so wurde der Patient in das Westminster Hospital aufgenommen, und am 3. Juni wurde die ziemlich plötzliche Vornahme der Tracheotomie nothwendig. Zur Zeit der Demonstration nahm der Patient innerlich Guaiacol-Carbonat, und der Kehlkopf wurde galvanocaustisch behandelt. Er hatte an Gewicht und im Allgemeinbefinden beträchtlich seit der Tracheotomie zugenommen, und die galvanocaustischen Applicationen waren von bedeutender Abnahme der Schwellung der Epiglottis gefolgt, so dass gegenwärtig die Stimmbänder sichtbar waren. Nach Ansicht des Vortragenden war der Fall im Beginne syphilitisch gewesen, hatte sich aber später mit chronischer Tuberkulose complicirt.

Dr. Clifford Beale gedachte eines ähnlichen von ihm im Jahre 1892 der Gesellschaft demonstrirten Falls, in welchem die Verhältnisse des Kehlkopfs während eines ganzen Jahres unverändert geblieben waren. Der Patient hatte permanent Jodkali genommen, und Beale glaubte, dass hierdurch ein Stillstand in der Krankheit zu Stande gebracht worden sei. Das passive geschwollene und congestionirte Aussehen, welches man in Fällen von Tuberkulose complicirt mit Syphilis anträfe, und wie es in Dr. Hall's und seinem eigenen Fall vorhanden sei, schiene auf eine Combination der beiden Processe hinzudeuten. — Dr. Bronner rieth zu einer energischen Mercurialbehandlung. — Dr. Dundas Grant war der Ansicht, dass bei der Combination der genannten Processe gewöhnlich Ulceration angetroffen würde, während in dem vorliegenden Falle das vollständig trockene Aussehen des Kehlkopfs äusserst auffallend sei. — Hall schloss die Discussion, indem er bemerkte, dass die Verringerung der Schlingbeschwerden hauptsächlich durch die Reduction der epiglottischen Schwellung mittelst des Galvanocauters erzielt worden sei.

R. Lake (für Dr. Bond): Mycose der Tonsillen.

L. zeigte zwei Fälle dieser Art bei weiblichen Patientinnen. Er wünschte zu fragen, ob es eine schnellere Behandlungsweise gäbe als die galvanocaustische. In einem dieser Fälle hatte er den Galvanocauter drei Monate hindurch energisch einmal wöchentlich angewandt, und trotzdem war das Leiden noch nicht geheilt; im zweiten Falle hatte nur eine Application stattgefunden.

Dr. de Havilland Hall rieth zur Fortsetzung der galvanocaustischen Behandlung, da dieselbe wenigstens Erleichterung brächte. — Der Präsident sprach seine Ansicht dahin aus, dass man diese Fälle in Ruhe lassen solle, ausser wenn sie wirkliche Beschwerden verursachten. Die parasitäre Erkrankung beschränke sich oft nicht auf die Tonsillen, sondern greife auch auf die Balgdrüsen an der Zungenbasis über, und nachdem er einmal sehr bedrohliche Erscheinungen (Parotitis mit Schüttelfrösten und einer Temperatur von über 40°) nach dem Gebrauch des Galvanocauters in dieser Region gesehen und auch von der ähnlichen Erfahrung eines Freundes gehört hätte, habe er den Gebrauch des Galvanocauters für diese Fälle ganz aufgegeben. Seiner Erfahrung

nach bemerkte die Mehrzahl der Patienten die Existenz des Leidens nur, wenn sie ihren Mund im Spiegel inspicirten und die weissen Flecke entdeckten, die sie gewöhnlich als „Geschwüre" beschrieben. Oft erklärten sie, wenn darauf examinirt, dass sie keine Beschwerden empfänden. Es sei leicht genug, die Colonien von Mycose an der Oberfläche zu zerstören, aber dadurch würde das Leiden nicht kurirt, und selbst wenn man die Colonien aushebe und die Mandeln nach Moritz Schmidt's Vorschlag schlitze, so habe man nicht die geringste Garantie dafür, dass nicht in der Tiefe weitere Colonien zurückgeblieben seien. Er habe übrigens oft das Leiden bei Personen mit gestörtem Allgemeinbefinden gesehen und habe gefunden, dass es bei roborirender Behandlungsweise, Luftveränderung und guter Ernährung spontan verschwinde. — Mr. Creswell Baber sprach ebenfalls seine Ansicht dahin aus, dass die leichteren Fälle keiner besonderen Behandlung bedürfen; in schwereren Fällen hatte er gute Resultate von der Application von absolutem Alcohol gesehen. — Dr. Scanes Spicer hat oft den Galvanocauter in solchen Fällen ohne permanenten Nutzen gebraucht; er zieht vor, das ganze Tonsillengewebe operativ zu entfernen, und auf diese Weise jede Krypte zu zerstören, welche den Parasiten beherbergen könne. An der Zungenbasis zöge er antiseptische Mittel vor. — Dr. Bennett rieth zu forcirter Ausspritzung der Krypten und Application von reiner Carbolsäure in die Oeffnungen. — Dr. Dundas Grant betonte, dass es nothwendig sei, die mykotischen Pharyngitiden strikt von der gewöhnlichen Pharyngitis mit Hypersekretion zu unterscheiden, was nicht immer geschehe; auch werde die Pharynxmycose öfters vermuthlich für Syphilis gehalten. Er hatte sich der Application des Galvanocauters in jeden einzelnen Krypte bedient, hatte aber bessere Resultate von dem täglichen Gebrauch einer Mischung von Jodtinktur mit Sodium bicarbonatum gefunden. In einem Falle seien nach dieser Behandlung Recidive gänzlich ausgeblieben. — Mr. Lake sprach zum Schluss der Debatte seine Ansicht dahin aus, dass die Patienten gewöhnlich über subjective Beschwerden klagten, wegen deren sie Abhülfe suchten, ohne immer zu wissen, dass weisse Flecken in ihrem Halse existirten.

R. Lake (für Dr. Bond): Lupus der Nase mit Schilddrüsenextract behandelt.

1) Ein 11jähriger Knabe hatte seit vierzehn Monaten an Lupus gelitten. Die Nase, der weiche Gaumen und die hinteren Gaumenbogen waren afficirt: er hatte seit dem 14. Juli täglich $7^1/_2$ Gran von Schilddrüsenextract genommen und bedeutende Besserung hatte stattgefunden.

2) Ein 16jähriges Mädchen hatte seit drei Jahren an Lupus der Nase und einer lupösen Eruption unterhalb des rechten Auges in der Nähe des Ductus nasalis gelitten. Sie hatte seit Mitte Juli täglich $17^1/_2$ Gran des Extracts genommen, der Lupus der Haut war fast geheilt und die Nase bedeutend verbessert.

Dr. Dundas Grant sprach einigen Zweifel hinsichtlich der Natur des Leidens im Falle des Mädchens aus, und bemerkte auch, dass das Schilddrüsenextract nicht die einzige Behandlungsmethode gewesen sei. — Dr. Jessop berichtete von einem Falle von Lupus, in welchem nach 30jähriger Existenz des

Leidens die lange fortgesetzte Darreichung von Schilddrüsenextract von bedeutender Besserung gefolgt war.

Scanes Spicer: Neubildung der Tonsille.

Der Patient war ein 70jähriger Mann, welcher an einem gefässreichen Tumor von Wallnuss-Grösse litt, der von dem unteren Theil der rechten Tonsille ausgehend sich bis zur Zungenbasis erstreckte. Vor zwei Jahren war doppelseitige Tonsillotomie wegen enormer Hypertrophie der Tonsillen vorgenommen worden. Die damaligen Symptome waren Dysphagie, Dyspnoe und undeutliche Articulation. Das Recidiv an der rechten Seite war ein sehr allmäliges gewesen, und auch jetzt erfolgte die Vergrösserung nur langsam. Mikroskopisch erwies sich die Geschwulst als aus dicht an einander gedrängten Rundzellen bestehend. Der Vortragende beabsichtigte die Entfernung zu wiederholen, erbat aber Rathschläge hinsichtlich der Behandlung.

Dr. Bronner gedachte des Werthes von Arsenik in grossen Dosen in Fällen der Art. — Dr. Tilley erinnerte die Gesellschaft an den in der vorhergehenden Session von Mr. W. R. H. Stewart gezeigten Fall, in welchem Arsenik temporär bedeutende Besserung zur Folge gehabt hatte. — Dr. W. Hill meinte, dass diese Fälle verschiedene Grade von Bösartigkeit zeigten, aber sämmtlich eine Tendenz zur weiteren Ausbreitung hätten, wenn man sie sich selbst überliesse. Er würde nicht die Guillotine gebrauchen, sondern den Tumor enucleiren. — Dr. Pegler betrachtete die Geschwulst als ein Lymphosarcom, und nicht als eine gewöhnliche Hypertrophie. — Der Präsident bemerkte, dass im Alter von mehr als 40 Jahren auftretende Geschwülste dieser Art gewöhnlich Lymphosarcome oder Adenome darstellten. — Dr. Dundas Grant rieth ebenfalls zur Enucleation mit dem Finger nach Spaltung der bedeckenden Schleimhaut. — Mr. de Santi schlug die Entfernung durch Operation von Aussen vor, und berichtete über zwei mit Erfolg behandelte Fälle.

Scanes Spicer. Kehlkopfstenose beim Abdominaltyphus.

Demonstration eines 20jährigen Mannes, der vor sechs Monaten im St. Mary's Hospital an Abdominaltyphus behandelt war. Im Laufe der Krankheit trat acute Kehlkopfstenose ein, und die Tracheotomie wurde vorgenommen. Sechs Wochen später fand sich bei einer laryngoscopischen Untersuchung in der Halsabtheilung, dass die Stimmbänder in ihrem vorderen Drittel verwachsen waren, und beim Versuch mit geschlossener Canüle zu exspiriren, zeigte sich, dass eine rothe Masse im subglottischen Raume das Lumen fast vollständig verschloss. Der Pat. konnte phoniren; eine Sonde konnte aber nicht durch die Strictur geführt werden, noch gelang eine forcirte Intubation. Der Fall wurde demonstrirt, ehe die beabsichtigte Spaltung der Strictur unter allgemeinem Anaestheticum mittelst des Whistler-schen schneidenden Dilatators und mit nachfolgendem Gebrauch der O'Dwyer-schen Intubationsröhre vorgenommen worden war.

Der Präsident billligte den vorgeschlagenen Behandlungsplan, meinte aber, dass er durchaus nicht sanguinisch hinsichtlich des Resultats in einem solchen Falle sei.

Sitzung vom 14. November 1894.

Vorsitzender: Dr. Felix Semon.

A. A. Bowlby: Schwellung und Perichondritis der linken Kehlkopfhälfte mit Paralyse und Atrophie der linken Hälfte der Zunge und des weichen Gaumens.

Der Patient, ein 52jähriger Mann, hatte seit December 1893 an einer wallnussgrossen schmerzhaften Geschwulst an der linken Seite des Halses gelitten. Unter Behandlung hatte sich der Schmerz gebessert, die Schwellung war zurückgeblieben. Im August 1894 fand sich eine orangengrosse, äusserst harte Masse vor dem Kehlkopf und zur linken Seite desselben. Der Pat. klagte über Schmerz, Schlingbeschwerden und Bluthusten. Die Schwellung wurde fomentirt, und mittelst Incision etwa 30,0 Gramm Eiter entleert. Es trat zeitweise Besserung ein. Im October aber kam er wieder unter Behandlung, das Schlingen fester Speisen war unmöglich, er hatte an Gewicht verloren und klagte über beständigen Husten mit glasigem Auswurf ohne blutige Beimischung. Am Halse war eine in Erweichung begriffene Schwellung nahe der alten Narbe. Am 10. Oktober entleerte sich etwas Eiter aus der alten Narbe, und der Patient fühlte sich erleichtert. Gleichzeitig trat etwas Haemoptysis ein. Bei einer Untersuchung im Halsdepartement des St. Bartholomews-Hospital zeigte sich Folgendes: äusserlich eine alte Narbe oberhalb des Schildknorpels und demselben adhärent, welche Eiter entleert, aber bei Berührung nicht schmerzhaft ist. Unterhalb des linken Kinnbackens eine vergrösserte, steinharte Drüse, geringe Asymmetrie des Gesichts. Zunge kann nur mit Schwierigkeit vorgestreckt werden, und weicht nach links ab, ihre linke Hälfte hochgradig atrophisch. Die linke Hälfte des weichen Gaumens ebenfalls atrophisch, tiefer hängend als die rechte, fast bewegungslos, und nur durch die Bewegungen der rechten Hälfte in Mitleidenschaft gezogen. Beim Versuch der Laryngoscopie ist eine leichte Starre des weichen Gaumens bemerkbar. Weder an der Zunge noch am weichen Gaumen Narben. — Kehlkopf: die Epiglottis von der Medianlinie verdrängt, so dass ihre Spitze nach links sieht; der grösste Theil des Kehlkopfs wird von einer glatten röthlichen Masse eingenommen, welche die hinteren zwei Drittel des linken Stimmbands und Taschenbands verdeckt; das rechte Stimmband ist unbeweglich und theilweise durch das geschwollene rechte Taschenband verdeckt; weder Geschwüre noch Narben sichtbar. — Seit dieser Untersuchung hatte die im Kehlkopf sichtbare Masse an Grösse zugenommen, und gegenwärtig war nur noch ein Theil des rechten Stimmbands sichtbar. Im Thorax nichts definitives nachzuweisen, keine Vorgeschichte von Syphilis.

Der Vortragende bemerkte, dass ein grosser Theil der Schwellung offenbar die Folge von Perichondritis sei; die Frage aber sei die, ob diese Perichondritis wiederum die Folge einer bösartigen Neubildung wäre. Für eine solche spräche die äusserste Härte und Unbeweglichkeit der Drüsenschwellung; weiterhin sei es äusserst selten, dass eine blosse entzündliche Schwellung zu Nervenlähmung führe. Die Atrophie der Zunge sei wahrscheinlich die Folge eines Drucks auf den

Hypoglossus durch die Drüsenmasse, welche gerade in seinem Verlaufe lag. Andererseits schiene die lange Dauer der Affektion und die Thatsache, dass der Pat. sich wiederholt unter Behandlung gebessert hatte, auf eine Perichondritis zu deuten, die nicht von einer bösartigen Neubildung abhinge. Die einzige Operation, an die man überhaupt denken könne, sei die, den Schildknorpel gegenüber der Schwellung bloss zu legen, und nachzusuchen, ob etwa nekrotischer Knorpel zu entfernen sei.

In der Discussion bemerkte der Präsident, dass kaum Gründe zu dem Glauben vorlägen, dass die Geschwulst die verschiedenen Lähmungen verursache. Auch das rechte Stimmband sei unbeweglich, ohne dass irgend welche Beweise dafür vorhanden seien, dass der linke Vagus in Mitleidenschaft gezogen sei, und die Implication des linken Recurrens könne seiner Ueberzeugung nach nicht eine doppelseitige Kehlkopflähmung auslösen.

A. A. Bowlby: Tuberkulose des weichen Gaumens, Kehlkopfs, Rachens und der Lungen.

Ein typischer Fall von ausgedehnter tuberkulöser Erkrankung der genannten Theile bei einem 22jährigen Schuster. Der Vortragende bemerkte, dass man angesichts der weiten Ausdehnung des Leidens in diesem Fall an eine Radikalbehandlung nicht wohl denken könne, dass er aber in einem ähnlichen, nur noch schlimmeren Fall Verbesserung unter dem Gebrauch von Jodoform lokal und von Leberthran innerlich gesehen habe, und dass er dieselbe Behandlungsweise in diesem Falle versuchen wolle.

Adolph Bronner: Pachydermie und Perichondritis.

Demonstration eines Specimens diffuser Pachydermie mit Perichondritis des rechten Giessbeckenknorpels. Der Patient, ein 72jähriger Mann, war vier Jahre lang heiser gewesen und hatte seit drei bis vier Wochen an Athemnoth gelitten, welche die Tracheotomie nöthig machte. Acht Tage später starb der Patient an Bronchopneumonie. Weder in dem Sputum noch in den Lungen waren Tuberkelbacillen aufzufinden, dagegen fand sich an der Glans eine alte, wahrscheinlich specifische Narbe. Die lange Dauer der Heiserkeit und die kurze Dauer der Dyspnoe schienen darauf hinzudeuten, dass die Pachydermie das Primäre und die Perichondritis nur ihre Folge gewesen sei, doch sei das umgekehrte Verhältniss möglich. Die Stimmbänder waren stark verdickt, und zeigten mehrere kleine Auswüchse. Die Taschenbänder waren ebenfalls hypertrophisch und die Schleimhaut des rechten Ventrikels so verdickt, dass sie ein wenig prolabirte. Aehnliche Fälle seien von B. Fränkel in dem Archiv für Laryngologie veröffentlicht.

Mr. Butlin bemerkte, dass die sogenannte Pachydermie häufig nichts mehr oder weniger als syphilitische Veränderungen darstelle, und war der Ansicht, dass dies auch in dem vorliegenden Falle zuträfe. (Der Berichterstatter schliesst sich dieser Ansicht vollständig an). — Dr. Milligan (Manchester) besprach die Schwierigkeit, bei gleichzeitigem Vorhandensein von Perichondrititis und Pachydermie ausfindig zu machen, welches das Primäre sei.

[Der Berichterstatter kann nicht umhin, hierzu die Frage aufzuwerfen, ob

nicht die sogenannte Perichondritis bei Pachydermie bisweilen die directe Folge operativer Eingriffe ist. Bei der jetzt ziemlich bedeutenden Anzahl von Fällen von typischer Pachydermie, die er gesehen hat, hat er niemals eine begleitende Perichondritis beobachtet, während die Neigung mancher jüngerer Collegen zu sofortigen operativen Eingriffen bei diesem Leiden, das seiner Erfahrung nach unter Jodkaligebrauch, Stimmruhe und Eis stets, wenn auch langsam heilt, den Verdacht auf einen traumatischen Ursprung der Perichondritis wenn nicht nahe legt, so doch jedenfalls nicht ausschliesst. Vgl. hierzu die Discussion über den Symonds'schen Fall p. 621.]

James Donelan (London): Lymphadenom mit Respirationsstörung.

Der Patient, ein 43jähriger Mann, dessen Vater an Kehlkopfkrebs gestorben war, der aber selbst mit Ausnahme einer leichten Tendenz zu Bronchitis stets gesund gewesen war, begann im November 1893 an fast schmerzloser Otorrhoe aus dem rechten Ohr zu leiden. Dieselbe hielt zwei Monate an. Dann erschien eine Schwellung an der rechten Seite des Halses, gefolgt von einer ähnlichen an der linken. Weiter stellte sich Athemnnoth ein, und er war gezwungen seinen Beruf als Bäcker aufzugeben. Es fand sich bedeutende Vergrösserung der Cervicaldrüsen an beiden Rändern der Kehlkopfnicker, und Dämpfung über dem Sternum, eine kleine Gruppe vergrösserter Drüsen liess sich nahe dem Processus xiphoides fühlen; gleichzeitig wurde beträchtliche venöse Stauung im Kehlkopf, Hals, den Armen und Händen constatirt, so dass sich auf allmäligen Verschluss der Vena cava superior schliessen liess. Die Milz war mässig vergrössert aber schmerzlos, während in der Leberregion einige Schmerzhaftigkeit vorhanden war. Eine mikroskopische Untersuchung des Blutes war noch nicht angestellt worden. Der Patient war leicht anämisch. Arsenik wurde nur in kleinen Gaben vertragen.

In der Discussion erwähnte Mr. Spencer eines Falls, in dem ebenfalls Arsenik schlecht vertragen wurde, bis ein Theil der Drüsenmasse operativ entfernt war, wonach der Patient den Liquor arsenicalis hydrochloricus mit auffallender Verbesserung seines ganzen Befindens gut vertrug. -- Dr. de Havilland Hall betonte die Notwendigkeit, in solchen Fällen die Form des Arseniks zu wechseln, da Patienten manchmal ein specielles Arsenikpräparat gut vertrügen, während sie absolut unfähig seien, ein anderes zu nehmen.

P. de Santi: Papillom der Nase mit Ulcus rodens bei einem Greise.

Der Patient war ein 82jähriger Mann, der am 6. Juni 1894 mit einer Geschwulst in der Nase ins Westminster Hospital aufgenommen wurde. Fünf Jahre früher hatte er eine kleine Warze an der Innenseite des linken Nasenlochs bemerkt. Dieselbe war allmälig gewachsen und störte die Athmung durch die Nase; sie war aber niemals schmerzhaft gewesen. Dagegen hatte er seit etwa Jahresfrist bemerkt, dass er gelegentlich foetide Sekretion aus dem linken Nasenloch hatte. Etwa zu derselben Zeit bemerkte er eine ähnliche Warze auf der Haut oberhalb der rechten Nasenhälfte. Auch diese nahm sehr langsam an Grösse zu, und war

schmerzlos, juckte aber, er kratzte dieselbe daher häufig, es bildete sich ein Geschwür, und dieses bedeckte sich mit einer Kruste. Bei seiner Aufnahme ins Hospital war das linke Nasenloch durch eine birnförmige Geschwulst ausgefüllt, welche etwas aus dem Nasenloch hervorragte. Der vorragende Theil war ziemlich trocken und schwärzlich verfärbt, aber nicht ulcerirt. Der innerhalb des Nasenlochs befindliche Theil war röthlich gefärbt, und ein Stiel konnte leicht bis zum Septum an der Grenze zwischen Knorpel und Knochen verfolgt werden. Die Befestigung des Stiels war dünn, und an der Basis fand sich weder Verhärtung, noch Ulceration oder Infiltration. Die Geschwulst sah blumenkohlähnlich aus, und war leicht beweglich. Das Gesammtbefinden war vorzüglich, der Patient war nicht abgemagert, es fand sich keine Drüsenvergrösserung und kein Anzeichen für Syphilis. Das Ulcus rodens auf der rechten Hälfte der Nase war fast von der Grösse einer spanischen Nuss, mit erhabenen Rändern, und hart. Seine Oberfläche war mit einer Kruste bedeckt, nach deren Abhebung sich keine Neigung zur Vernarbung zeigte. Die intranasale Geschwulst wurde am 19. Juni mit einer Scheere abgetragen und ihre Basis cauterisirt, das Ulcus rodens wurde am 10. Juli excidirt.

W. R. H. Stewart: Congenitale Halsfistel.

Der Patient war ein 19jähriger Bursche, der zuerst fünf Jahre früher eine kleine Verdickung über dem Ponum Adami, genau in der Mittellinie bemerkt hatte. Von einem practischen Arzte wurde die Geschwulst für einen Kropf erklärt, und nach einiger Zeit der Versuch einer Entfernung gemacht. Die Wunde heilte aber nicht, und als Mr. Stewart den Patienten im November 1893 sah, fand sich ein vollständiger Kaninchenbau von Fisteln, die nach allen Richtungen hin liefen, während das Narbengewebe dem Ringknorpel adhärirte. Er spaltete die Fistelgänge, kratzte sie energisch mit dem scharfen Löffel aus, und legte den Kehlkopf von aussen frei bis er mit der feinsten Sonde keinen weitern Kanal entdecken konnte. Da aber die Wunde trotzdem nicht heilte, so exstirpirte er das ganze Narbengewebe, soweit es reichte. Die Wunde heilte nunmehr, brach aber kurz darauf wieder auf. Nachdem er Argentum nitricum, Chromsäure und den Galvanocauter erfolglos versucht hatte, operirte er von neuem und verfolgte einen neugebildeten Fistelgang bis zum Zungenbein. Dies war wiederum erfolglos, abgesehen davon dass der neuere Sinus viel gerader war. Er versuchte nunmehr die Injection einer 20procentigen Lösung von Chlorzink. Die erste Injection gelangte in das Innere des Halses, und verursachte dort starke Entzündung; die zweite gelangte nicht mehr in den Hals, und gegenwärtig war nur ganz unbedeutende Absonderung vorhanden, und die Sonde drang nur $^1/_4$ Zoll in den Fistelgang ein. ein. Es war schwierig gewesen, eine correcte Geschichte der früheren Stadien des Leidens zu erhalten. Der Vortragende sah aber den Fall als ein Beispiel von congenitaler Kiemenfistel an, welche selten angetroffen, und noch seltener geheilt würden.

Mr. Butlin meinte, dass die Fistel als eine Cyste im Zusammenhang mit dem unteren Theile des Ductus thyreo-lingualis entstanden sei. — Mr. Bowlby war der Ansicht, dass eine Operation in diesen Fällen gewöhnlich nichts nützt.

Die Schwierigkeit, den ganzen Fistelgang zu entfernen und die Unmöglichkeit, die Theile in Ruhe zu halten, führe zu einem wechselnden Heilen und Wiederaufbrechen, aber nicht zu einer dauernden Heilung. — Dr. Dundas Grant erwähnte einen ähnlichen Fall, in dem er kürzlich Erfolg hatte. — Der Präsident stimmte mit Mr. Bowlby darin überein, dass operative Behandlung in diesen Fällen womöglich zu vermeiden sei. Das operative Vorgehen schiene leicht genug, sei aber häufig mit grossen Belästigungen verbunden, und könne bisweilen nicht zu befriedigendem Abschluss gebracht werden. — Mr. Stewart bemerkte, dass in seinem Fall die Operation wenigstens zu einer bedeutender Verminderung der Beschwerde geführt hätte.

C. A. Parker: Zweifelhaftes Zungenleiden.

Der Patient, ein 8jähriger Knabe, hatte seit August dieses Jahres an Appetitmangel und allgemeiner Mattigkeit gelitten, sich aber unter allgemeiner Behandlung gebessert. Zu dieser Zeit bemerkte die Mutter an dem Rumpf und den Schenkeln des Patienten einen Ausschlag von dunkelrothen Flecken, von denen der grösste nicht grösser als ein Stecknadelknopf war. Der Ausschlag dauerte nur drei Tage. Kurz nach seinem Verschwinden fing das Kind an, über seine Zunge zu klagen, deren Oberfläche grau und uneben erschien. Dieses Leiden hatte bis zur Zeit der Demonstration constant zugenommen. Die Familiengeschichte war folgende: Vater und Mutter am Leben und gesund; der Patient war das jüngste von 13 Kindern, von denen 8 am Leben waren, die anderen 5 waren an Scharlachfieber, Diphtheritis und Masern gestorben. Nach dem dritten Kinde hatte die Mutter dreimal abortirt. Keine syphilitische Geschichte in Bezug auf die Eltern konnte ermittelt werden, und das Kind wies keines der gewöhnlichen Anzeichen congenitaler Syphilis auf. Tuberkulose war in der Familie nicht vorhanden. Der Kranke selbst war bis zu seinem gegenwärtigen Leiden immer gesund gewesen.

Status präsens: die ganzen hinteren beiden Drittel der Zunge waren mit dicken Beulen von der Grösse etwa eines Sixpennystücks bedeckt, deren Oberflächen abgeflacht, uneben und blässer waren als der Rest der Zunge, dieselben fühlten sich auf Druck fest an. Weder Ulceration noch Secretion, und auch kein hervortretender Schmerz war vorhanden, dagegen Empfindlichkeit auf Druck. Auf dem weichen Gaumen fanden sich einige kleinere Flecken ähnlicher Art, aber mit einem Entzündungshof um sie herum und weniger erhaben, als die auf der Zunge. Unterhalb des Kinns und am Halse fanden sich einige harte, vergrösserte und leicht druckempfindliche Drüsen. Auf dem Gesäss waren einige kleine Pigmentflecken und ein grösserer, schuppiger Fleck hinter dem rechten Knie zu sehen, diese Flecken waren angeblich das Resultat von Beulen. Im Uebrigen war das Allgemeinbefinden des Knaben gut, nur zeigte er die Symptome adenoider Vegetationen.

Mr. Butlin stellte die Diagnose auf Macroglossie: das jugendliche Alter des Patienten, die papilläre Beschaffenheit der centralen Beulen auf der Zunge und die Vergrösserung der Drüsen wiesen sämmtlich nach dieser Richtung hin. Seiner Ansicht nach war es nicht rathsam, gegenwärtig irgendwelche Behandlung

einzuschlagen. Mr. Spencer andererseits betrachtete die Geschwulst als eine anomale Vergrösserung der Zungentonsille und rieth zu ihrer allmählichen Zerstörung, indem verschiedene Punkte gleichzeitig in Angriff genommen würden.

Ernest H. Crisp: Zweifelhaftes Angiom des Stimmbands.

Der Patient, ein 36jähriger Mann, der zehn Jahre früher an Syphilis gelitten hatte, welche von subacuter Laryngitis gefolgt war, wies trotz andauernder localer Behandlung eine rothe und verdickte Beschaffenheit des linken Stimmbands auf. Die Diagnose lag nach Ansicht des Vortragenden zwischen chronischer Congestion und Angiom des Stimmbands. Er wünschte eine Meinung darüber zu hören, ob durch den Galvanokauter Verbesserung zu erhoffen sei.

Mr. Cresswell Baber beantwortete diese Frage dahin, dass es sich seiner Meinung nach um einfache syphilitische Verdickung handle, und dass Kauterisation nicht erforderlich sei.

F. W. Bennett: Chronische Congestion des Kehlkopfs.

Der Patient war ein 47jähriger Sattler, der stets ein ruhiges Leben geführt und weder Syphilis noch Tuberkulose gehabt hatte. Er war seit Mai dieses Jahres heiser gewesen und die Heiserkeit hatte mit leichten Veränderungen im Ganzen zugenommen. Bei laryngoskopischer Untersuchung vor sechs Wochen zeigte sich allgemeine Congestion des Kehlkopfs. Das vordere Ende des rechten Stimmbands war verdickt und roth, und auch unterhalb des Stimmbands war leichte Verdickung vorhanden. Die Bewegungen waren etwas verlangsamt, aber gleichmässig an beiden Seiten. Die Röthung verschwand nicht unter Behandlung. Der Vortragende wünschte die Meinungen der Anwesenden über die Natur des Falls zu hören, und speciell darüber, ob die leichte Verdickung durch etwas anderes als einen catarrhalischen Process veranlasst sein könnte. [Es verdient bemerkt zu werden, dass der Patient mit ganz natürlicher Stimme sprach. Ref.]

Der Präsident hielt die Stimme des Patienten sowohl wie die leichte Bewegungsstörung für durchaus neurasthenisch, und rieth statt jeder Localbehandlung den Kranken methodisch mit tiefer Stimme sprechen zu lassen, ein Vorgehen, das sich während der Mutationsperiode unter ähnlichen Verhältnissen vortrefflich bewähre. Die Congestion war seiner Ueberzeugung nach rein katarrhalisch.

Charters Symonds: Frühstadium eines Epithelioms (?) des Stimmbands.

Der Patient war ein 48jähriger Mann, der seit zwei Monaten zeitweise über leichte Heiserkeit geklagt hatte. Er war seit einigen Jahren Lehrer in einer Volksschule gewesen und fungirte gegenwärtig als Inspector einer solchen. Ausserdem hatte er von seiner Stimme ausgiebigen Gebrauch beim Sonntagsunterricht gemacht. Im Juli dieses Jahres war der Kehlkopf von Dr. Warner (Woodford) untersucht worden, aber nichts Abnormes gefunden. Im September dagegen

hatte derselbe Beobachter die gegenwärtig vorhandene Beschaffenheit entdeckt. Am Processus vocalis des linken Stimmbands fand sich eine knotige Erhebung mit einer Delle auf ihrem Gipfel. Dieselbe ähnelte einer Pachydermie, schien aber von einer solchen durch ihr mehr knotiges Aussehen verschieden. Ihre Farbe war blass, die Beweglichkeit des Stimmbands war frei, und die Stimme klar; das gegenüberliegende Stimmband war frei. Nach Mr. Symonds' Ansicht konnte es sich nur um das Frühstadium eines Epithelioms oder um Pachydermie handeln, und er hatte Stimmruhe und weitere Beobachtung in der Hoffnung angerathen, dass sich die Affection als eine Pachydermie herausstellen würde.

Dr. Milligan meinte, dass es sich um Epitheliom handele. Er rieth zur Thyreotomie und Entfernung des Stimmbands. — Dr. Spicer schlug intralaryngeale Entfernung vor, und rieth ebenfalls zur Thyreotomie, wenn sich die intralaryngeale Behandlung nicht bewähren sollte. — Dr. Hill bemerkte, dass, wenn es sich in diesem Falle um Pachydermie handeln sollte, der Grad der Schwellung ein langes Bestehen des Leidens anzudeuten schiene. — Der Präsident erklärte, dass es absolut sicher sei, dass es sich um einfache Pachydermie handle: eine bösartige Geschwulst von dieser Grösse und in solcher Nähe des Giessbeckenknorpels sei unvereinbar mit der absolut freien Beweglichkeit des Letzteren wie sie hier vorläge. Ausserdem litte der Patient an keinen Beschwerden irgend welcher Art, und es läge seiner Ueberzeugung nach nicht die geringste Nothwendigkeit zu einer Operation vor, ausser wenn sich der Zustand verschlimmern sollte. Wohl aber könnte durch unzeitiges Operiren die Diagnose weiter erschwert und eine traumatische Perichondritis künstlich erzeugt werden. Er riethe einfach zu Stimmruhe, einem Kurs von Jodkalium und Eis innerlich und äusserlich. — Mr. Symonds erklärte, er würde eine abwartende Haltung befolgen, da auch er nicht den Fall als bösartig ansehe.

Charters Symonds: Kehlkopftuberkulose.

Der Patient war ein 35jähriger Mann mit ausgedehnter Schwellung des linken Giesbeckenknorpels und Geschwürsbildung am linken Stimmband. Auffallend war der geringe Grad subjectiver Beschwerden, ein Punkt in welchem der Fall mehr Aehnlichkeit mit Syphilis als mit Tuberkulose hatte.

Semon.

III. Briefkasten.

Personalia.

Dr. V. Uchermann in Christiania ist zum Professor der Ohren-, Nasen- und Kehlkopfheilkunde an der dortigen Universität ernannt worden. Der Unterricht in den genannten Fächern ist schon seit zwei Jahren dort obligatorisch.

---

67. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte.

Lübeck, 16.—21. September 1895.

Im Einverständnisse mit den Geschäftsführern der 67. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte haben wir die Vorbereitungen für die Sitzungen der Abtheilung

No. 21, Laryngologie und Rhinologie,

übernommen und beehren uns hiermit, die Herren Vertreter des Faches zur Theilnahme an den Verhandlungen dieser Abtheilung ganz ergebenst einzuladen.

Gleichzeitig bitten wir Vorträge und Demonstrationen frühzeitig — bis Ende Mai — bei dem unterzeichneten Einführenden anmelden zu wollen, da die Geschäftsführer beabsichtigen, zu Anfang Juli allgemeine Einladungen zu versenden, welche eine vorläufige Uebersicht der Abtheilungs-Sitzungen enthalten sollen.

Der Einführende:
Dr. med. Oeinck,
Hüxstrasse 60.

Der Schriftführer:
Dr. med. Löwenthal,
Breitestrasse 61.

Jahresbericht des Centralblatts.

Von dem Bestreben beseelt, die praktische Brauchbarkeit des Centralblatts noch weiter zu erhöhen, gehen wir mit Vergnügen auf einen Vorschlag des Collegen A. Kuttner ein, am Schlusse jedes Jahrgangs eine Uebersicht über die

im Laufe des betreffenden Jahres veröffentlichten wichtigsten Erscheinungen und Fortschritte in den einzelnen Zweigen unseres Gebietes zu veranstalten. Herr Dr. Kuttner hat sich bereit erklärt, diese Aufgabe zu übernehmen, und zu diesem Zwecke in die Reihe unserer ständigen Mitarbeiter einzutreten. Die erste Uebersicht wird in der Decembernummer des laufenden Jahrgangs gegeben werden, und Dr. Kuttner wird Autoren aller Länder für directe Zusendung von Separatabdrücken etc. einschlägiger Arbeiten an seine Adresse (Potsdamerstrasse 123, W. Berlin) zur Erleichterung seiner Aufgabe sehr dankbar sein. [Selbstverständlich bleibt es daneben im höchsten Grade wünschenswerth, dass die Herren Autoren fortfahren, den Referenten für die einzelnen Länder Separatabdrücke ihrer Arbeiten zuzusenden! Red.]

Eine Berichtigung.

In meiner Besprechung der A. Kuttner'schen Monographie: „Larynxoedem und submucöse Laryngitis" in der Aprilnummer des Centralblatts (p. 554) hatte ich den Glauben ausgesprochen, dass ich mit meiner Ueberzeugung: dass die gegenwärtig ziemlich allgemein als pathologisch verschieden angesehenen, einzelnen Formen septischer Halsentzündungen in Wirklichkeit pathologisch identisch mit einander seien und nur an Localisation und Virulenz verschiedene Abstufungen eines und desselben infectiösen Processes darstellten, — anscheinend ziemlich vereinzelt geblieben sei, und dass sich nur in dem neuen Werke Moritz Schmidt's ähnliche, wenn auch nicht so weit gehende Ideen fänden, als die meinen.

Dem gegenüber haben mich die Herren M'Bride und Bresgen darauf aufmerksam gemacht, dass auch in ihren Lehrbüchern ähnliche Anschauungen vertreten seien, und nach Einsicht der betreffenden Stellen ihrer Werke erkenne ich dies im Allgemeinen gern an, wenn ich auch im Einzelnen viele Punkte namhaft machen könnte, in denen unsere Ansichten sich nicht decken. Dies würde aber an dieser Stelle viel zu weit führen, und ich will statt dessen viel lieber der Hoffnung Ausdruck verleihen, dass in Bälde eine vollkommene Einigung der Anschauungen und sachgemässere Nomenclatur der einzelnen Formen erzielt werden möge.

Felix Semon.

Gedruckt bei L. Schumacher in Berlin.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XI. Berlin, Juni. 1895. No. 12.

I. Referate.

a. Allgemeines, Parotis, Instrumente etc.

1) **Trifiletti. Klinischer Bericht über die Poliklinik von Massei während des Schuljahres 1893/94.** *Arch. ital. di Laring. 1894. No. 4.*

Beobachtete Fälle: 1114. Davon gehören 328 den Nasen-, 452 den Pharynx- und 334 den Larynxkrankheiten an. Aufzählung der ausgeführten Operationen.

TOTI.

2) **Ad. Levy** (Kopenhagen). **Bericht über die Wirksamkeit der Klinik für Ohren-, Hals- und Nasenkrankheiten im Garnisonsspitale zu Kopenhagen von 1891 bis 1893.** *Hosp.-T. R. 4. Bd. 2. S. 1061, 1095, 1141.*

Die Klinik ist während der drei Jahre von 2466 Patienten besucht worden, von diesen wurden 1699 ambulatorisch behandelt, während 767 auf die stationäre Klinik verlegt wurden.

SCHMIEGELOW.

3) **Hajek. Laryngo-rhinologische Mittheilungen. (Comunicazione rino-laringologiche.)** *Rivista di Patologia ecc. 1894. No. 6 u. 7.*

Uebersetzung einer in deutscher Sprache früher veröffentlichten casuistischen Arbeit.

TOTI.

4) **Haushalter** u. **Etienne. Parotitis bei einem Falle von Typhus exanthematicus. (Parotidite dans un cas de typhus exanthematique.)** *Rev. Med. de l'Est. Nancy. 1894. p. 577.*

Die Ueberschrift sagt genug über den Inhalt.

A. CARTAZ.

5) **F. Jayle. Chronische Entzündung der Ohrspeicheldrüse. (Parotidite chronique.)** *Presse méd. Paris. 1894. p. 174.*

Dem Ref. nicht zugänglich.

A. CARTAZ.

6) **A. Matweeff** (Rjäsan). **Cystis glandulae Parotis dext.** *Protoc. obtsch. rjasan. wratschei. Rjasan. Orlow. 1894.*

Die Cyste hatte 5 Jahre bestanden und war Gänseeigross. Operativ entfernt; die mikroskopische Untersuchung ergab Cystis gland. Parotis. LUNIN.

7) **Brigidi** und **Piccoli** (Genua). **Ueber die Adenia simplex und deren Beziehungen zur Thymushyperplasie.** *Beiträge zur pathol. Anatomie v. Ziegler. XVI. 3. 1894.*

Bei einer 29jährigen Frau, welche an Lymphosarkom zu Grunde gegangen war, hatte der Process in erster Linie die persistent gebliebene Thymusdrüse ergriffen. Die bakteriologische Untersuchung der erkrankten Drüsen ergab einen Mikroorganismus, welche dem Staphylococcus pyogenes aureus sehr nahe steht, nicht identisch mit demselben ist. Wahrscheinlich hat dieser Mikroorganismus statt eines gewöhnlichen eitrigen Processes eine langsam verlaufende Phlogose mit hyperplastischer Neigung hervorgerufen. SEIFERT.

8) **M. Clarke. Linksseitige Hemiplegie und motorische Aphasie ohne grobe Gehirnläsion. (Left hemiplegia and motor aphasia without coarse brain lesion.)** *Lancet. 4. August 1894.*

Eine Frau von 60 Jahren mit Herzfehler bekam plötzlich eine halbseitige Körperlähmung mit Aphasie. Bei der Section konnten keine makroskopischen Veränderungen des Gehirns nachgewiesen werden. ADOLPH BRONNER.

9) **Helme. Das Bromaethyl in der Oto-Laryngologie. (Le bromure d'Ethyle en oto-laryngologie.)** *Annal. des malad. de l'oreille. No. 2. Februar 1894.*

Verf. giebt einen kurzen Ueberblick über die bisherigen Urtheile über das Bromäthyl als Anästheticum; er selbst stellt die so einfache Wirkung desselben dem umständlichen und gefahrvollen Apparat einer Chloroformnarkose gegenüber und bekennt, dass er für kurze Operationen kein dem Bromäthyl überlegenes Anästheticum kennt. E. J. MOURE.

10) . . . **White's Patent-Kauer. (White's Patent masticator.)** *Lancet. 7. Juli 1894.*

Abbildung eines scheerenförmigen Instrumentes, mit dem Stückchen Fleisch zerkleinert und zerdrückt werden. Zu verwenden bei Patienten mit schlechten Zähnen. ADOLPH BRONNER.

11) **W. Haslam. Künstliche Fingernagel-Curette. (Artificial nail curette.)** *Brit. Med. Journ. 8. September 1894.*

Eine gewöhnliche metallene Fingerspitze mit weitem Ausschnitt (Abbildung), die auf den Finger aufgesteckt wird. ADOLPH BRONNER.

b. Nase und Nasenrachenraum.

12) **Bareggi. Nasen-, Rachen-, Kehlkopfentzündungen durch den Bacillus Pfeiffer verursacht. (Rinite, faringite e laringiti da bacillo di Pfeiffer.)** *Giorn. d. Ist. Nicolai. 1894. No. 3.*

B. hat sich durch eingehende bakteriologische Untersuchungen überzeugt, dass es Nasen-, Rachen- und Kehlkopfentzündungen giebt, welche mit dem Pfeiffer'schen Bacillus in causalem Zusammenhange stehen. TOTI.

13) **W. H. Loeb. Doppelseitige Nasenverengerung in Folge von Variola. (Double nasal atresia due to small-pox.)** *N. Y. Med. Journal. 15. December 1894.*

Der Fall ist sehr interessant; die Heilung erforderte einen operativen Eingriff.

LEFFERTS.

14) **J. R. Fritts. Congenitaler Verschluss der hinteren Nase mit Erfolg operirt. (Congenital occlusion of the post-nares. Successful Operation.)** *Louisville Med. Monthly. November 1894.*

Krankengeschichte des Falles; der Verschluss war knöchern.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

15) **Gouguenheim u. Helary. Ueber den congenitalen knöchernen Verschluss der Choanen. (Sur l'oblitération congénitale osseuse des choanes.)** *Annales des malad. de l'oreille etc. Januar 1894. No. 1.*

Von allen Missbildungen des Körpers ist eine der seltensten der knöcherne Verschluss der hinteren Oeffnung der Nasenhöhle. Einige Fälle dieser Anomalien sind bereits bekannt. Die Verf. vermögen diesen einen neuen hinzuzufügen, dessen ausführliche Krankengeschichte sie geben. Die Durchgängigkeit wurde nach 30 Sitzungen mit dem Galvanocauter wieder hergestellt. E. J. MOURE.

16) **Kirkpatrick. Nasale Cauterisation. (Nasal cauterization.)** *N. Y. Medical Record. 8. September 1894.*

Verf. warnt vor dem unberechtigten Einführen starker Caustika in die Nasenhöhle. Er hat vollständige Zerstörung der Schleimhaut und andere ernsthafte Folgen nach dem Missbrauch caustischer Mittel gesehen; bei zweckmässiger und maassvoller Benutzung behalten diese natürlich ihren hohen Werth.

LEFFERTS.

17) **E. F. Ingals. Die Cauterisation der Nase und ihre möglichen Folgen. (Cauterization of the nares and accidents, that may follow.)** *Journal Am. Med. Association (Chicago). 15. September 1894.*

Verf. kommt zu folgenden Schlüssen: 1. Es ist wesentlich, regelmässig nach der Cauterisation antiseptische Bespülungen der Nasenschleimhaut vorzunehmen. Die Nasenlöcher sollen mehrere Tage lang mit Watte verschlossen werden,

sobald der Pat. das Zimmer verlässt. 2. In der Regel sollen zwischen 2 Operationen auf verschiedenen Seiten mindestens 2 Wochen und 3 oder 4 Wochen zwischen zwei Eingriffen auf derselben Seite liegen. 3. Bei Einhaltung dieser Regeln können ernste Folgen nach der Cauterisation nicht eintreten. 4. Alle Fälle von hypertrophischer Rhinitis können mit dieser Methode geheilt werden, wenn auch gelegentlich Stücke vergrösserter Muscheln auf andere Weise abgetragen werden müssen. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

18) **W. H. Daly. Der Missbrauch der Galvanokaustik in der Rhinologie. (Abuse of the galvano-cautery in rhinology.)** *Journal Am. Med. Association. 22. September 1894.*

Nur der Erfahrene soll den Galvanokauter anwenden und auch er weit weniger häufig, als es bisher Gewohnheit ist. Der Verf. erinnert daran, welche grosse Sorgfalt nöthig ist, um die gefährlichen Entzündungen zu verhüten, die Mittel- und inneres Ohr ergreifen und selbst das Leben des Patienten bedrohen können. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

19) **Cozzolino** (Neapel). **Ueber internasale Pathologie und Chirurgie. (Sulla patologia e chirurgia internasale.)** *Gazz. med. di Roma. 1894. No. 11, 13, 14, 16, 20.*

Einige klinische Vorlesungen. Nichts Neues. TOTI.

20) **Rimscha** (Riga). **Die kalte Schlinge in der Nasenchirurgie.** *Petersburger med. Wochenschr. 1894. No. 47.*

Vortrag, in dem die Vorzüge der kalten Schlinge hervorgehoben werden.

LUNIN.

21) **G. Melville Black. Ein neues Instrument zur Vibrationsmassage der Nasenschleimhaut. (A new instrument for vibratory massage of the nasal mucous membrane.)** *N. Y. Med. Journal. 22. December 1894.*

B. will nicht in eine Besprechung der Vorzüge oder Nachtheile der Vibrationsmassage eintreten, er bittet nur diejenigen, die sie nicht kennen, sie nicht zu verwerfen, bis sie selbst einen Versuch damit gemacht haben. Der grösste Vorwurf, den mun der Methode macht, ist der, dass sie den Operateur ermüde. Dem soll das neue Instrument abhelfen. Die der Arbeit beigegebene Abbildung erklärt dasselbe besser, als man es in Worten könnte. Die Sonde wird nicht mehr durch die Hand, sondern durch einen Elektromotor in Schwingung versetzt.

LEFFERTS.

22) **Zwillinger** (Budapest). **Bemerkungen zu dem Artikel: „Beiträge zur Frage der Vibrationsmassage". (Eszrevetelek: „Adocktok a rezgo massage Redréschez" oziunil ezikkhez.)** *Gyógyászat. 1893. December 10.*

Ein Artikel polemischen Inhaltes, in welchem sich Z. gegen Bogdan wendet (in diesen Blättern bereits referirt), welcher auf Grund einer einzigen Beobachtung, die er an sich zu machen in der Lage war, die Vibrationsmassage als souveraines Mittel bei Behandlung des chronischen hypertrophischen Nasencatarrhs hinstellt, die bisher üblichen Methoden aber in Bausch und Bogen verwirft. In B.'s Fall

handelte es sich übrigens um einen chronischen Schwellungscatarrh der Nasenschleimhaut. Es werden hierauf die Nachtheile dieser Methode hervorgehoben, und Z. kommt auf Grund eigener grösserer Erfahrung zu dem Schluss, dass die Vibrationsmassage gegenüber den bisher üblichen Methoden keinen Vortheil darbiete.

v. NAVRATIL.

23) **Clarence C. Rice. Der Gebrauch metallischer Elektroden bei der Behandlung nasaler und postnasaler Erkrankung. (The use of metallic electrodes in the treatment of nasal and post-nasal disease.)** *N. Y. Med. Journal. 22. December 1894.*

Abdruck eines auf dem XVI. Congress der American Laryngological Association gehaltenen Vortrags; ein Referat folgt im Verhandlungsbericht.

LEFFERTS.

24) **D. B. Kyle. Erleuchtung und Untersuchung der vorderen und hinteren Nasenhöhlen. (Illumination and examination of the anterior and posterior nasal cavities.)** *Med. News. 18. August 1894.*

K. führt eine elektrische Lampe in den Nasenrachenraum und untersucht bei dem Lichte dieser sowohl die vordere Nase wie auch den Nasopharynx. Bei geschlossenem Munde kann die Lampe auch zur Durchleuchtung der Nebenhöhlen dienen. Eine Kapsel von Aluminium, die durch eine verschiebliche Oeffnung das Licht hindurchlässt, verhütet die Entwicklung zu grosser Wärme. $^1/_2$ Minute lang kann das Licht glühen ohne zu belästigen; wenn man $^1/_2$ minutlich unterbricht, kann man unbeschränkt lange untersuchen. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

25) **Molinié. Der Gebrauch von Celluloid-Lamellen bei der Nachbehandlung nach Operationen intranasaler Synechien. (De l'emploi des lamelles de celluloid dans le traitement post-opératoire des synechies des fosses nasales.)** *Revue de laryngologie, otologie etc. No. 17. 1. September 1894.*

Die Ueberschrift kennzeichnet den Inhalt zur Genüge. E. J. MOURE.

26) **Cozzolino. Instrumente für die Chirurgie in der Nase. (Instruments pour la rhino-chirurgie interne.)** *Annales des maladies de l'oreille. No. 4. April 1894.*

In einem Besteck stellt C. alles zusammen, was für die chirurgische Behandlung nasaler Affectionen erforderlich ist. E. J. MOURE.

27) **Samuel Goldstein. Eine neue Nasenzange. (A new nasal forceps.)** *N. Y. Med. Record. 3. November 1894.*

Ein fürchterliches Instrument, das G. empfiehlt. Eine Zange mit dem Handgriff einer Scheere. Die beiden Blätter haben die Grösse etwa der hypertrophischen Knochentheile, wie man sie gewöhnlich entfernt. Von der inneren Fläche jedes Blattes ragen 5 spitze Dornen empor, die beim Schluss in Oeffnungen des anderen passen. Ausserdem sind die Innenflächen noch gezahnt, damit der Griff fester wird u. s. w.

Eine ganze Seite des Med. Record nimmt der Verf. in Anspruch, um zu erklären, warum er unseren übervollen Instrumentenschatz noch um eines bereichert.

Es soll — so hören wir — diese Zange die Schmerzen verringern, die Contusion der anderen Theile vermeiden und die ganze Operation der Beseitigung einer „Exostose“ der unteren Nasenmuschel (?) beschleunigen. In der That ein sehr rühmliches Beginnen, wenn die Operation wirklich verläuft, wie der Verf. es schildert. Er sagt wörtlich: „Dem Sägen in der Nase folgt stets ein Strom von Blut; ist der Knochen nun durchsägt, so hängt das Segment nur noch an der Schleimhaut oder vielleicht mit dem Knorpel fest und jetzt greift man zur Zange, um das Segment zu fassen und herauszuziehen. Hier nun liegt eine grosse Schwierigkeit. Das Blut füllt die Vertiefungen der gezahnten Fläche aus und macht die Blätter der Zange nass und schlüpfrig. Wir ziehen sie heraus und sind überrascht, das Segment nicht zu finden. Wir lassen den Pat. das Blut aus der Nase ausschnauben, führen die Zange wieder ein, um beim Herausziehen dieselbe Enttäuschung zu erleben. Dies ist für den Durchschnitt der Operateure unangenehm und entmuthigend. Unterdess kann das Segment vollständig sich losgelöst haben und auf dem Boden der Nase weit nach hinten geglitten sein. Nun wird wieder und wieder die Zange eingeführt. Dabei vergeht viel Zeit, die Cocainwirkung kann vergehen und die Schmerzen werden heftiger, während gleichzeitig die lange Dauer des Eingriffes den Pat. nervös macht.“ LEFFERTS.

28) **D. N. Rankin. Eine neue gezahnte Nasenzange zur Abtragung von Hypertrophien der Muscheln und anderer Theile. (A new serrated nasal scissors for the removal of hypertrophies and turbinated tissues.)** *N. Y. Med. Record. 17. November 1894.*

R. giebt der Zange gezahnte Branchen; irren wir nicht, so that dies B. Robinson bereits vor Jahren; wieso also „neu“? LEFFERTS.

29) **G. Mac Donald. Universal-Nasen-Schlinge. (Universal nasal snare.)** *Lancet. 1. December 1894.*

Eine Combination von Mackenzie's und Jarvis' Schlinge; von Mayer und Meltzer zu beziehen. ADOLPL BRONNER.

30) **Bermingham. Ein Nasenirrigator. (Nasal irrigator.)** *N. Y. Med. Record. 26. Mai 1894.*

Es handelt sich um ein kleines Glasgefäss von geeigneter Gestalt, aus dem man Wasser in die Nase zu Reinigungszwecken einströmen lässt. Diese Methode hat am wenigsten die Gefahr an sich, dass die Spülflüssigkeit in das Mittelohr dringt. LEFFERTS.

31) **G. Brown. Nasenspray — der brauchbarste Apparat. (Nasal sprays — what apparatus to use.)** *Southern Med. Record. August 1894.*

Verf. beschreibt die verschiedenen Spray-Apparate.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

32) **Somerset. Eine neue Spritze zur Reinigung der Nase. (New syringe for cleansing the nostrils.)** *N. Y. Med. Record. 17. November 1894.*

Die Spritze soll zur Reinigung der Nase bei Diphtherie Anwendung finden,

wenn die Membranen besonders fest anhaften; sie gestattet die Ausübung eines stärkeren Druckes, als die Davidson'sche Spritze. LEFFERTS.

33) **Hopmann. Ueber Gypsabdrücke der oberen Rachenhöhle und der Choanen. (Sur les empreintes en platre de la cavité pharyngienne supérieure et des choanes.)** *Annales des malad. de l'oreille etc. Juli 1894. No. 7. Revue internat. de laryngolog. No. 4. 25. Februar 1895.*

Verf. bespricht sein Verfahren und weist auf die Vortheile hin, die man aus der Feststellung von Anomalien des Nasenrachenraums durch den Gipsabdruck ziehen kann. E. J. MOURE.

34) **A. W. Watson. Eine neue Zange für den Nasenrachenraum. (A new postnasal forceps.)** *Philad. Med. News. 6. October 1894.*

Beschreibung des Instrumentes. LEFFERTS.

35) **Escat. Entwicklung und anatomische Umbildungen des Nasenrachenraums. (Evolution et transformations anatomiques de la cavité naso-pharyngienne.)** *Thèse de Paris. 1894.*

Der Nasopharynx des Neugeborenen und des Kindes hat eine sehr längliche Form in der Richtung von vorn nach hinten, die sich der Form des Nasenrachenraums beim Affen oder Hunde nähert. Die Kürze des verticalen Durchmessers der Choanen macht die Verstopfung derselben leichter als beim Erwachsenen. Bei der Frau ist der verticale Durchmesser relativ geringer als beim Manne. Die verschiedenen Varietäten betreffs der Form und der Dimensionen sind beim Erwachsenen unbegrenzt zahlreiche; eine grosse Zahl unter ihnen findet ihre Erklärung durch die Uebereinstimmung dieses Theiles mit der Bildung des übrigen Schädels. Die spheno-maxilläre Fläche trägt fast beständig eine Depression, ein naviculäres Grübchen. Die Fossa pharyngea findet man seltener.

Die Rachentonsille kennt, von allen krankhaften Veränderungen abgesehen, 3 physiologische Phasen: sie ist 1. progressiv im foetalen Leben und während der ersten beiden Jahre; 2. stationär bis zum 12. Jahre; 3. regressiv vom 12. bis 20. Jahre.

Die Bursa pharyngea ist keine pathologische Bildung, sondern nur eine etwas übertriebene Form von Recessus. A. CARTAZ.

36) **C. G. Fellows. Nasenrachencatarrh. (Naso-pharyngeal catarrh.)** *Medical Century. 1. Januar 1894.*

Nichts Neues. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

37) **W. J. Chappell. Behandlung des Nasenrachenraumcatarrhs. (Treatment of naso-pharyngeal catarrh.)** *Virginia Med. Monthly. Juli 1894.*

Ch. empfiehlt folgendes Pulver:

Argent. nitric.	0,5
Kal. sulfur.	5,0
Bismuth. subnitr.	25,0.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

38) **W. R. Hoch. Der Nasenrachencatarrh und seine Behandlung. (Naso-pharyngeal catarrh and its treatment.)** *Philadelphia Polyclinic. 18. August 1894.*

Nichts Neues. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

39) **W. C. Pipins. Eine neue Methode der Behandlung des Nasenrachencatarrhs. (A novel method of treating naso-pharyngeal catarrh.)** *Omaha Clinic. December 1894.*

Die Methode besteht darin, dass man in die Thränengänge sterilisirtes Olivenöl injicirt. P. stellt die Theorie auf, dass auf das Nervensystem ein Einfluss geübt wird, wahrscheinlich durch Osmose des Oels. Das Einsprayen des Oels in die Nasenwege hat nicht denselben Effect. Am günstigsten wirkt diese Behandlungsmethode bei den als intumescirende Rhinitis bekannten Catarrhen.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

40) **H. Tilley. Ein antiseptisches, alkalinisches Tabloid für Krankheiten des Nasopharynx. (An antiseptic alkaline tabloid for naso-pharyngeal diseases.)** *Lancet. 20. October 1894.*

Burroughs und Wellcome machen die Tabloids; 100 kosten zwei Mark. Jedes enthält: 0,72 grm Natrium bicarb., $1^1/_2$ gr Carbolsäure und 2 gr NaCl, und wird in 60 ccm Wasser aufgelöst. ADOLPH BRONNER.

41) **Vacher. Ueber Pharyngitis retronasalis. (Sulla faringite retronasale.)** *Rivista delle Mal. della Gola. 1894. No. 10.*

Für praktische Aerzte sehr lesenswerthe Schrift. Der schon lange eingebürgerten und geübten Behandlung mit Mandl'scher Lösung zieht Verf. eine solche von Milchsäure (1 zu 6) vor. TOTI.

42) **Dmochowski** (Warschau). **Ueber secundäre Affectionen der Nasenrachenhöhle bei Phthisikern.** *Ziegler's Beitr. z. pathol. Anat. XVI. 1. 1894.*

D. untersuchte 64 Phthisiker, von denen 56 an Tuberculosis pulmonum, 8 an Tubercul. miliaris acuta gestorben sind. Unter diesen 8 letzteren war bei 6 eine Tuberculosis retronasi, unter den übrigen Fällen 15 mal eine solche nachzuweisen. D. kommt zu dem Schluss, dass die Tuberculose die häufigste Complication der Tub. mil. acuta ist, dass sie sehr häufig und möglicherweise constant bei Tuberculose des Rachens auftritt, dass bei Allgemeininfection des Organismus die Zahl der secundären Infectionen der Nasenrachenhöhle nicht zunimmt.

Ob es sich bei der acuten Miliartuberculose um eine primäre Erkrankung der Nasenrachenhöhle handelt, wagt D. nicht zu entscheiden; den Wink, den er für solche Fälle giebt, in welchen die Differentialdiagnose zwischen Typhus und acuter Miliartuberculose schwankt, mit Hilfe der Rhinoskopia posterior nach einer etwaigen tuberkulösen Erkrankung zu fahnden, ist jedenfalls sehr der Beachtung werth.

Auffallend ist, dass die Tuberculose der Nasenrachenhöhle vorwiegend bei jugendlichen gut genährten Individuen beobachtet wird. SEIFERT.

43) **Kahn. Syphilis des Nasenrachenraums und Otalgie.** *Münchner medicin. Wochenschr. No. 39. 1894.*

Mittheilung von 4 Fällen von isolirter Nasenrachenraumsyphilis mit heftigen Ohrschmerzen. SCHECH.

44) **Lathuraz** (Lyon). **Nasenrachenpolyp. (Polype naso-pharyngien.)** *Lyon médical. 10. Juni 1894.*

Nichts von Interesse. LUC.

45) **Raoult. Nasenrachenraumpolyp. (Polype de la cavité naso-pharyngienne.)** *Rev. méd. de l'Est. Nancy. 1894. p. 581.*

Nichts von Bedeutung. A. CARTAZ.

46) **Quénu. Nasenrachenraumpolyp; Operation vom Gaumen aus mit unmittelbarer Wiederherstellung des Gaumensegels. (Polype naso-pharyngien, opération par la voie palatine, restauration immédiate du voile du palais.)** *Soc. de Chirurgie. 13. Juni 1894. Bull. Soc. de Chir. XX. p. 519.*

Der fibro-sarcomatöse Nasenrachenraumpolyp stammt von einem 30jährigen Manne. Die Krankheit liess sich nicht weiter als 4 Jahre zurückverfolgen und der Tumor hatte zuletzt den ganzen Rachen ergriffen, den Gaumen verdrängend und starke Fortsätze in die Nasenhöhle entsendend. Das Interesse des Falles liegt in der unmittelbaren Wiedervernähung des Gaumensegels, das zur Erleichterung der Abtragung des Tumors durchschnitten war. Die Wiedervereinigung vollzog sich in wenigen Tagen und der Pat. konnte 14 Tage nach der Operation das Spital verlassen. A. CARTAZ.

47) **Sendziak** (Warschau). **Beitrag zur Casuistik der naso-pharyngealen Tumoren.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. No. 6. 1894.*

Der sehr grosse von dem hinteren Ende der linken unteren Muschel und deren Umgebung ausgehende und mit der kalten Schlinge operirte Tumor stellte seiner Hauptmasse nach ein Papillom mit einer geringen Zahl von Blutgefässen vor; zwei centrale Knötchen dagegen erwiesen sich als weiche Fibrome, ebenso die in der Nasenhöhle selbst sitzenden Geschwülste. SCHECH.

48) **Wagnier** (Lille). **Behandlung der schleimigen und fibrös-schleimigen Polypen der Nasenrachenhöhle. (Cura dei polipi muccosi e fibro-muccosi della faringe nasale.)** *Rivista delle Mal. della Gola. 1894. No. 9.*

Beschreibung der verschiedenen Methoden und Instrumente, Technik der Operationen und Nachbehandlung. TOTI.

49) **Berg** (Riga). **2 Fälle von Nasenrachentumoren operirt nach vorhergehender Resection der Nase nach Bruns.** *Petersburger med. Wochenschr. 1894. No. 16.*

B. demonstrirt 2 Pat., die er nach der angegebenen Methode operirt hat. Das Alter der Pat. war 17 und 22 Jahre. Die Geschwülste hatten sich in 1 bis 2 Jahren herangebildet. Die eine war Kinderfaust-, die andere Wallnussgross. Die Operation wurde bei hängendem Kopfe ausgeführt. B. macht auf die profuse

Blutung in dieser Lage aufmerksam und meint nächstens lieber in sitzender Stellung die temporäre Resection des Oberkiefers zu machen, nach vorhergegangener Tracheotomie und Tamponade des Kehlkopfs. In beiden Fällen waren die Nasen gut angeheilt. Die Tumoren noch nicht untersucht. LUNIN.

50) **Egidi** (Rom). **Nasen-Rachenfibrom durch eine schnelle Methode operirt. (Fibroma naso-faringeo operato con metodo rapido.)** *Bull. della R. Acc. Medica di Roma. 1894. Vol. XV.*

Die schnelle Methode bestand in der Abtragung mit der galvanokaustischen Schlinge. TOTI.

51) **R. H. Woods** (Dublin). **Nasenrachenraum-Fibrom. (Naso-pharyngeal fibroma.)** *Dublin Journal of Med. Scienc. September u. October 1894.*

In dem Falle, über den W. berichtet, wurde die Geschwulst so weit als möglich mit der Schlinge abgetragen und der Rest mit der „galvanischen Curette“ zerstört. Es ist einfach ein Platindraht, der auf zwei Kupferstäben befestigt ist, eine Vorrichtung, die der Referent und wohl auch viele Andere seit Jahren schon benutzen. P. MC BRIDE.

52) **Th. S. Flatau. Ueber einen Fall von auffallend grossem Nasenrachenpolypen.** *Deutsche med. Wochenschr. 1894. No. 9.*

Der 9 cm lange, 4,5 cm breite Polyp — Fibrom — hatte seinen Ursprung am Flügelfortsatz des linken Keilbeins. Entfernung mit Schlinge.

LANDGRAF.

53) **Scheinmann. Demonstration eines Sarcoms des Nasenrachenraums bei einem 4jährigen Kinde.** *Berliner klin. Wochenschr. 1894. No. 24. Dtsch. med. Wochenschr. 1894. No. 22.*

Es handelte sich um ein grosses Sarcom, das seinen Ursprung von der Rachentonsille genommen hatte und innerhalb dreier Monate zum Tode führte.

LANDGRAF.

54) **Cecil Beadles. Drüsencarcinom des Nasenrachenraums. (Glandular carcinoma of the naso-pharynx.)** *British Medical Journal. 22. Dec. 1894.*

Demonstration des Präparats am 18. December 1894 vor der Pathological Society of London. Der Patient wies eine grosse ulcerirende Geschwulst in der linken Stirnregion auf. Nach dem Tode fand sich ein grosser Tumor mit dem Knochen zusammenhängend, und eine zweite grosse ovale Geschwulst unterhalb des Gehirns in der Sella turcica. Die Glandula pituitaria hing eng mit der Geschwulst zusammen, war aber nicht in ihr aufgegangen.

Dr. Rolleston bezweifelte, ob diese Geschwulst nicht ein Sarcom gewesen sei. F. SEMON.

55) **D'Aguanno. Ueber die Regressions- oder Spontanheilungsphase der Nasenrachengeschwülste. (Sulla fase di regressione o di guarigione spontanea dei tumori naso-faringei.)** *Boll. delle Mal. dell'Or. 1894. No. 10.*

Verf. sucht an der Hand zweier Fälle zu demonstriren, dass nicht nur eine

Spontanheilung von Fibromen, sondern auch eine Regressionsphase bei bösartigen Geschwülsten des Nasenrachenraums stattfinden kann, und zwar bei Sarcomen und Krebsen.

TOTI.

56) **Fr. Kijewski** u. **W. Wroblewski. Zur Operationsfrage der Nasenrachentumoren.** *Archiv f. Laryngologie u. Rhinologie. Bd. II. Heft 1. 1894.*

Die Verff. geben eine kurze geschichtliche Uebersicht über die Entwicklung der chirurgischen Eingriffe bei Nasenrachenraumpolypen und besprechen die Vorzüge und Nachtheile der einzelnen Operationsmethoden. Sie kommen zu dem Schluss, dass man fibröse Polypen durch die einfachen Operationsmethoden (Anlegung der kalten oder galvanokaustischen Schlinge oder der Zange von der Nase aus oder durch den Mund) entfernen kann; nur müssen die dabei zurückbleibenden Stielreste durch Auskratzen oder Brennen gründlich beseitigt und der Sitz derselben längere Zeit sorgfältig controlirt werden, damit beginnende Recidive möglichst frühzeitig wieder entfernt werden. Bei bösartigen Tumoren aber oder wenn die fibrösen Polypen wegen Verwachsungen mit den Wänden, Eindringen in die benachbarten Höhlen oder Zerstörung der umgebenden Knochen eine radicale Abtragung nicht gestatten, ist eine eingreifendere Operationsmethode indicirt. Die Wahl der Voroperation (Spaltung des weichen oder harten Gaumens, Eröffnung der Nasenhöhle, Kieferresection) hängt vom Ausgangspunkt des Tumors und der Richtung seiner Auswüchse ab. — Eine Casuistik von 15 Fällen beschliesst die Arbeit.

F. KLEMPERER.

c. Mundrachenhöhle.

57) **Norris Wolfenden. Die Natur der sogenannten Tonsillitis follicularis und ihre Beziehung zu ansteckenden Krankheiten. (The nature of so called follicular tonsillitis and its relation to infectious disorders.)** *Journ. of Laryngology. August 1894.*

Verfasser möchte die verschiedenen Affectionen der Tonsillen abhängig machen von der Art von Microorganismen, welche bei ihnen gefunden werden. Er macht darauf aufmerksam, dass man bei nicht-diphtheritischer Tonsillitis häufig Eiweiss im Urin nachweisen kann, dass Endo- und Pericarditis vorkommen, und dass auch sehr häufig paralytische Erscheinungen auftreten (?).

Er macht folgende Eintheilungen:

1. Angina mit Staphylokokken.
2. Mit Streptokokken.
3. Mit Pneumokokken.
4. Mit den Roux' und Yersin'schen Kokken.

ADOLPH BRONNER.

58) **X. K.** (Athen). **Vorbeugung und Behandlung der Mandelentzündungen.** *(Προφύλαξις καὶ θεραπεία κατὰ τῶν ἀμυγδαλιτίδων.) Γαληνός. 1894. No. 1.*

Gegenüber der langwierigen und meistens erfolglosen medicamentösen Be-

handlung der chronischen besonders bei mannbaren Mädchen so häufigen Mandelentzündungen empfiehlt Verf. die Discission der Krypten unter Kokainanästhesie als einfachstes Verfahren um die lästige Krankheit gründlich und für immer zu heilen. SENTINON.

59) **Lermoyez, Helme** u. **Barbier. Ein Fall von chronischer Mandelentzündung durch Bakterium coli. (Un cas d'amygdalite chronique coli-bacillaire.)** *Annal. des malad. de l'oreille. No. 8. August 1894.*

Die Verff. beobachteten ein Fall von chronischer Tonsillitis mit weisslichen Punkten, der jeder Behandlung hartnäckig widerstand. Bei der bacteriologischen Untersuchung der weissen Fleckchen fand sich ein zur Coligruppe gehöriger Bacillus. Die Verff. beschreiben die besonderen Charaktere dieser Art von Angina.

E. J. MOURE.

60) **Corradi. Ueber recidivirende acute Entzündungen des Pharynx und der Tonsillen und ihre Behandlung. (Delle flogosi acute ricorrenti delle tonsille etc.)** *Arch. it. di Otologia. 1894. No. 3.*

Mittheilung auf dem Internationalen Congress in Rom. Vergl. das Referat im Berichte über die Laryngologische Section des Congresses. TOTI.

61) **Gouguenheim** und **Ripault. Peritonsilläre Abscesse. (Des abscès periamygdaliens.)** *Annal. des malad. de l'oreille etc. No. 9. Sept. 1894.*

Die Verff. führen die Gründe auf, weshalb sie den weniger präcisen Ausdruck phlegmonöse Tonsillitis ersetzt wissen wollen durch die Bezeichnungen: 1. Mandelabscess; die gewöhnliche Form des Abscesses, der sich an der freien Oberfläche der Drüse öffnet. 2. Peritonsilläre Phlegmone, die seltenere Form, von der ersten scharf getrennt durch ihre Symptome und ihre besonderen Indicationen für die Behandlung. Die Verff. belegen ihre Anschauungen mit Krankengeschichten.

E. J. MOURE.

62) **Mandragora. Mandelhypertrophie. (Ipertrofia delle tonsille.)** *Puglia Medica. 1894. No. 1, 2, 3, 4.*

Ausführliche Behandlung des Gegenstandes. Die Anatomie, Histologie, Physiologie der Tonsillen, dann die Aetiologie, pathologische Anatomie, Symptomatologie und Behandlung der Mandelhypertrophien werden der Reihe nach in erschöpfender Weise geschildert. Die Arbeit ist für praktische Aerzte besonders geschrieben. TOTI.

63) **Campenni** u. **Arena. Mandelstein. (Calcolo tonsillare.)** *Arch. ital. di Lar. 1894. No. 3.*

Der Stein wurde auf dem internationalen Congress in Rom demonstrirt. Er wurde aus der linken Tonsille einer sonst gesunden jungen Frau ohne Schwierigkeit extrahirt. Die grössten Maasse waren: Länge 15 mm, Breite 13 mm, Höhe 9 mm. — Die chemische Untersuchung ergab eine Zusammensetzung aus folgenden Stoffen: ausgetrocknetes Blut und Schleim, phosphorsaurer Kalk mit Spuren von phosphorsaurem Magnesium; keine Harnsäure. TOTI.

64) **Lewis C. Cline. Ein paar Fälle von Halsweh bedingt durch Concretionen in den Mandeln. (Some observations on sore throat due to concretions in the tonsils.)** *N. Y. Med. Record. 15. December 1894. N. Y. Med. Journal. 15. December 1894. N. Y. State Med. Reporter. December 1894.*

C. spricht besonders von den käsigen Massen, die lange Zeit in den Lacunen zurückgehalten werden und dort gewissermaassen als Nest für die Ablagerung festerer Substanzen, wie phosphorsaurer und kohlensaurer Kalk, Eisen, Natrium, Kalium u. a. dienen. Derartige Concretionen sind zweifellos die Folge eines katarrhalischen Zustandes der Schleimhaut über den Follikeln, oft in Verein mit einer bestehenden harnsauren Diathese. Manche Autoren halten einen parasitären Ursprung für wahrscheinlich. Diese Concretionen prädisponiren für Anginaanfälle, nach des Verf.'s Ansicht sind sie sogar meist deren Uesachen und man kann die Angina nur dauernd heilen, wenn man sorgfältig alle Crypten und Taschen nach diesen Körpern durchsucht und sie alle zerstört.

Der Autor bringt zum Schluss einige interessante Fälle bei und stellt den Satz auf:

„Dass die perverse Secretion der Follikel in Folge von katarrhalischer Entzündung mit Ausgang in käsige Concretionen häufiger Halsweh und Angina beim Erwachsenen verursacht, als alle anderen Ursachen zusammengenommen."

LEFFERTS.

65) **Geo Walker. Dyspnoe nach Excision der Mandeln. (Dyspnea after excision of the tonsils.)** *Philad. Med. News. 8. December 1894.*

„Beide Mandeln waren herausgenommen; die Frau klagte über Schwäche und Uebelkeit, erbrach jedoch nicht. Da diese Symptome nicht vorübergingen, legte sie sich zu Bett. Bald bemerkte ich an ihr eine Erschwerung der Athmung und sie klagte auch, der Athem sei ihr eng. Die genaue Untersuchung schien auf einen Krampf der Athemmuskeln hinzudeuten; auch Hände und Arme der Frau fingen zu zucken an, die Finger standen in Krallenstellung. Die Athmung wurde immer schwerer und das Bild wurde ein erschreckendes, wie die Frau sich hin und her warf, nach Athem ringend, mit heiserem Tone ein: „Ich ersticke, ich sterbe" hervorstossend. Das Gesicht war stark geröthet, der Puls sehr beschleunigt, jedoch regelmässig und kräftig. — Die Symptome nahmen immer mehr zu, schliesslich setzte die Athmung aus. Es wurde der Kopf niedrig gelegt und künstliche Athmung eingeleitet. Bald kam die Athmung wieder, doch war sie ebenso erschwert wie vorher. Das hielt etwa 40 Minuten an, dann setzte sie trotz aller Bemühungen von Neuem aus. Diesmal war es ein gänzliches Aufhören und ich war fest überzeugt, dass die Pat. todt sei. Wieder wurde die künstliche Athmung eingeleitet und nach langen Bemühungen trat ein schwacher Athemzug ein; ich hörte einen Moment auf und befahl ihr laut zu athmen; sie that einen Athemzug und hörte dann auf. Ich befahl wieder und wieder kam ein Athemzug. So wurde künstliche Athmung und laute Aufforderungen, zu athmen, fortgesetzt, bis allmälig die Athmung wieder in Gang kam, erst noch dyspnoetisch, nach und nach aber leichter. Die Athmung blieb dann in Ordnung." (Cocain oder Hysterie?? Der Ref.)

LEFFERTS.

66) **W. H. Marcy. Ein neues Amygdalotom. (A new amygdalotome.)** *N. Y. Med. Journal. 15. December 1894.*

Die Idee des neuen Instrumentes ist, kurz gesagt, die, eine kleine platte Tonsille mittelst einer auf das Tonsillotom aufgesetzten Zange in das Ringmesser des Tonsillotoms in dem gewünschten Maasse hineinzuziehen und dann auf die gewöhnliche Art die Amputation vorzunehmen. LEFFERTS.

67) **Thiéry. Congenitale Missbildung des Gaumensegels. (Malformation de la voute palatine d'origine congénitale.)** *Soc. anatomique de Paris. 15. Juni 1894.*

Der 40jährige Mann hat seit der Kindheit eine Missbildung des weichen Gaumens, bestehend in zwei harten, beweglichen, seitlichen Tumoren des Gaumens, die sich so aneinanderlegen, dass es aussieht, als ob das Gaumensegel in der Mittellinie gespalten sei. Diese Tumoren scheinen Fibrome zu sein, welche intacte Schleimhaut überkleidet. A. CARTAZ.

68) **H. Lavrand. Gaumenspalte. (Fissure vélo-palatine.)** *Journ. d. scienc. méd. de Lille. 1894. p. 1—7.*

Nicht zugänglich. A. CARTAZ.

69) **Ch. Borgne** (Brüssel). **Weite angeborene Gaumenspalte. Prothese. (Large division congénitale du voile du palais et de la voûte palatine. Appareil prothétique.)** *La Presse Méd. Belge. No. 24. 1894.*

Der Titel besagt den Inhalt. BAYER.

70) **D'Arcy Power. Wiederholte und starke Blutung nach der Operation einer Gaumenspalte. (Recurrent and severe haemorrhage after the operation for cleft palate.)** *Brit. Med. Journ. 24. November 1894.*

Der harte und weiche Gaumen war gespalten. Rosshaar und Silberdraht wurden bei der Operation zur Naht benutzt. Neun Tage nach der Operation trat eine heftige Blutung auf und das Kind, das 3 Jahre alt war, collabirte. Nach 4 Tagen trat starke Blutung aus der Nase auf. Es mussten intravenöse Injectionen von Kochsalz gemacht werden. ADOLPH BRONNER.

71) **H. Milton. Ergänzung zu den modernen Methoden, grosse congenitale Fissuren des harten Gaumens zu schliessen. (An addition to present methods of closing large congenital fissures of the hard palate.)** *Lancet. 14. Juli 1894.*

Ein Knabe von 5 Jahren hatte eine doppelte Hasenscharte und Wolfsrachen. Die Alveolarfortsätze beider Oberkiefer wurden mittelst starker Zangen aneinander gepresst, und der Zwischenkiefer heruntergedrückt. Mit Metalldraht wurden dann die drei Theile festgehalten. Der Draht wurde hinten um die hinteren Prämolarzähne, seitlich zwischen Zahnfleisch und Zähnen und vorn um die Zähne des Zwischenkiefers festgebunden. ADOLPH BRONNER.

72) **O'Duffy. Obturator mit Gebiss für Gaumenspalten. (Obturator with masticatory apparatus for fissure of palate.)**

Der Apparat wurde in der Catholic Medical Society, Dublin demonstrirt.

ADOLPH BRONNER.

73) **Sachsalber** (Graz). **Pemphigus conjunctivae.** *Klin. Monatsbl. f. Augenheilkunde. XXXII. 8. 1894.*

In dem von S. mitgetheilten Falle von Pemphigus conjunctivae (63jährige Frau) fanden sich auch Pemphiguseruptionen am weichen Gaumen, der Uvula, der Gaumenbögen und der hinteren Rachenwand. SEIFERT.

74) **E. W. Goodall** (London). **Perforation des weichen Gaumens beim Scharlachfieber. (Perforation of the soft palate in scarlet fever.)** *British Medical Journal. 10. November 1894.*

Am 6. November 1894 berichtete G. über eine Reihe von Fällen von Perforation des weichen Gaumens im Verlaufe des Scharlachfiebers, und zeigte ein einschlägiges Präparat, das von dem Falle eines 6jährigen Mädchens stammte, bei welchem intra vitam oberflächliche Ulceration des weichen Gaumens und der Uvula nebst Ulcerationen der Tonsillen beobachtet worden war. Die Perforationsstelle befand sich im linken vorderen Gaumenbogen. Der Vortragende hatte vierzehn Fälle der Art beobachtet; in allen war der vordere Gaumenbogen perforirt, und die Perforation war innerhalb des neunten bis zum achtundzwanzigsten Tage der Krankheit erfolgt. Er hatte ähnliche Perforationen bei Fällen von Diphtheritis gesehen, stimmte aber mit Dr. Fowler darin überein, dass Perforation des Gaumens fast pathognomonisch für Scharlachfieber sei. (? G. und F. lassen die syphilitischen Perforationen anscheinend ganz ausser Betracht, wenn sie von dem diagnostischen Werth des Zeichens beim Scharlachfieber sprechen. Ref.) Die Perforationen könnten entweder solitär oder multipel sein. SEMON.

75) **Scanes Spicer** (London). **Perforation und Vernarbung des Gaumens in einem Falle von congenitaler Syphilis bei einem 10½jährigen Mädchen. (Perforation and cicatrisation of the palate in a case of congenital syphilis in a girl of 10½ years.)** *British Medical Journal. 3. November 1894.*

Demonstration des Falles vor der Harveian Society of London am 18. October 1894, SEMON.

76) **Lichtwitz. Totale Verwachsung zwischen Gaumensegel und hinterer Rachenwand; chirurgischer Eingriff. (Adherence complète du voile du palais à la paroi postérieure du pharynx. Intervention.)** *Annales des malad. de l'oreille. No. 8. August 1894.*

Die Verwachsung war congenital-luetischen Ursprungs; der Eingriff bestand in der Loslösung des Gaumensegels mit nachheriger Dilatation des Nasenrachenraums durch Beniqué'sche Sonden. E. J. MOURE.

77) **J. E. Schadle. Bericht über einen Fall von totaler Adhäsion des weichen Gaumens. Heilung durch Operation. (Report of a case of totally adherent**

soft palate. — Operation. — Recovery.) *Journal Amer. Medical Association. 22. September 1894.*

Um ein Wiederverwachsen der gelösten Flächen zu verhüten, wurde ein Streifen von Jodoformgaze von 2 Zoll Breite und 15 Zoll Länge durch die Nase ein- und zum Munde wieder herausgeführt, so dass über der Oberlippe die beiden Enden verknotet wurden; der Pat. vertrug die Gaze gut.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

78) **H. D. Hamilton. Adenoidgeschwülste des weichen Gaumens und ihre Behandlung. (Adenoids of the soft palate and their treatment.)** *Montreal Med. Journal. September 1894.*

Nichts Neues. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

79) **Gustinelli** (Florenz). **Ein Fall von Angiom des Gaumengewölbes. (Un caso di angioma della volta del palato.)** *Rivista delle Mal. della Gola. 1894. No. 8.*

Der Fall wurde in der chirurgischen Abtheilung des Ref. im Hauptspital zu Florenz behandelt. Es waren mehrere Sitzungen von galvanokaustischer Aetzung dazu nöthig, um eine vollständige Heilung ohne Recidive zu erzielen. TOTI.

80) **S. G. Shattock** (London). **Tumor des Gaumens. (Tumour of the palate.)** *British Medical Journal. 22. December 1894.*

In der Sitzung der pathologischen Gesellschaft vom 18. December 1894 zeigte Mr. Shattock eine Geschwulst des weichen Gaumens, die in ihrer Structur an die Geschwülste der Parotis und der Submaxillaris erinnerte. Sie bestand aus Knorpel- und myxödematösem Gewebe, in welchem sich verzweigende Zellensäulen lagen, welche, obwohl häufig als drüsig angesehen, von anderer Seite als bindegewebig betrachtet wurden; der Vortragende schloss sich der letztgenannten Ansicht an. Aehnliche Geschwülste seien auch in der Lippe beobachtet worden, und er selbst habe einen derartigen Fall untersucht. Die Aehnlichkeit dieser verschiedenen Geschwülste mit denen der Parotis und Submaxillaris und die allgemeine Eigenthümlichkeit ihrer Structur hatte den Vortragenden dazu geführt, zu untersuchen, ob die Gaumen- und Lippendrüsen des Menschen Speicheldrüsen seien; er beschrieb sodann ausführlich die von ihm angestellten Untersuchungen, die aber darauf herauskamen, dass er nur bei zwei Kindern und einem Erwachsenen Ptyalin in dem Secrete dieser Drüsen entdeckt hatte. Details müssen im Original nachgelesen werden.

Die Discussion, an der sich die Herren Bowlby, Stephen Paget, Cecil Beadles und Snow betheiligten, förderte nichts Besonderes zu Tage.

SEMON.

81) **Walter B. Johnson. Ein Fall von Sarcom des Gaumens erfolgreich behandelt mit Erysipeltoxinen. (A case of sarcoma of the palate successfully treated with the toxines of erysipelas.)** *N. Y. Medical Record. 17. November 1894.*

Die Erkrankung hatte bei der 16jährigen Patientin den gesammten weichen Gaumen, einen Theil des harten, die hintere Rachenwand, die Zungenbasis, die

Epiglottis und den oberen Theil des Kehlkopfs afficirt. Die Diagnose auf ein Spindelzellensarcom wurde mikroskopisch gestellt. Zur Behandlung wurden Filtrate von Erysipelkokken und vom Bacillus prodigiosus verwandt. Von den Erysipeltoxinen wurde täglich 0,9 gegeben und allmählich bis auf 3,6 gestiegen; von dem Prodigiosusfiltrat 0,3 steigend bis 2,0. Beide Mittel wurden in subcutanen Injectionen bald am Arm, bald am Bein verabreicht. Die Behandlung wurde vom 31. October 1893 bis zum Juni 1894 fortgesetzt, während dieser Zeit aber aus verschiedenen Gründen mehrfach ausgesetzt. Der Erfolg war eine langsame, aber ganz constante Besserung. Bereits 2 Wochen nach dem Beginne der Behandlung liess der Schmerz nach und Pat. konnte nicht nur Flüssigkeiten, sondern auch solide Nahrung schlucken. Ihr Gewicht stieg auf 89 Pfund.

Am 1. October 1894 ist die Geschwulst bis auf eine leichte centrale Prominenz und eine oder zwei kleinere Ulcerationen verschwunden; überall Narben und Contracturen; die Uvula und ein Theil der Epiglottis sind durch die Ulceration zerstört.

LEFFERTS.

82) **Taguet** u. **Cabanes. Gelapptes Pflasterzellen-Epitheliom des Gaumensegels 9 Jahre nach der Operation und definitiven Heilung eines Cancroids der Unterlippe. (Epithelioma pavimenteux lobulé du voile du palais survenu neuf après un cancroide de la lèvre inférieure operée et dont la guerison est restée definitive.)** *Journal de médecine de Bordeaux. 14. Januar 1894.*

Es handelt sich um einen 75jährigen Mann, der im Jahre 1884 von Prof. Lanelongue wegen eines Epithelioms der Unterlippe operirt worden ist, und bei dem jetzt eine Geschwulst einen Theil der Mundhöhle und des Schlundes ausfüllte. Der Tumor war stark nussgross, ziemlich hart und secernirte eine foetide eitrige Flüssigkeit. Die Neubildung nahm die Stelle des Gaumensegels ein, von dessen normalen Formen nichts mehr zu sehen war. Der Tumor wurde mit dem Thermokauter entfernt; die mikroskopische Untersuchung ergab ein typisches Pflasterzellen-Epitheliom. Der Kranke genas vollständig.

BEAUSOLEIL (E. J. MOURE).

83) **Adler** (Breslau). **Ueber die Innervation des Gaumensegels.** *71. Jahres-Bericht d. Schles. Gesellsch. f. vaterl. Cultur. 1894.*

A. beobachtete bei einem Falle von Syringomyelie des Halsmarkes linksseitige Gaumensegel- und Kehlkopflähmung. Das linke Stimmband stand in Cadaverstellung, war atrophisch, die Lähmung der linken Gaumensegelhälfte eine fast vollständige.

SEIFERT.

84) **Livon. Die Innervation des Gaumensegels. (Innervation du voile du palais.)** *Medecine moderne. 7. Juli 1894.*

L. reizte beim Thiere nacheinander die Wurzeln des Vagus und des Spinalis und beobachtete im ersten Falle eine Senkung des Segels mit einer Annäherungsbestrebung der hinteren Gaumenbögen, im zweiten Falle die Hebung des Gaumensegels auf der entsprechenden Seite. L. schliesst daraus, dass der M. palatostaphylinus und pharyngo-staphylinus innervirt sind zu einem Theile von den

untersten bulbären Wurzeln des Vagus und dass die beiden Mm. peristaphylini zum Theile von den obersten bulbären Wurzeln des Spinalis versorgt werden.

LUC.

85) **Bourges. Ueber Gaumensegel-Lähmungen nach nicht-diphtheritischen Anginen. (Sur les paralysies du voile du palais consécutives à des angines non diphtériques.)** *Acad. de méd. 18. December 1894.*

Ein 7jähriges Kind hatte eine Angina pseudo-membrancea, die 17 Tage dauerte und bei der bacteriologischen Untersuchung die Abwesenheit von Loeffler-schen Bacillen, sowie von Streptokokken erwies.

Die von ihrem Kinde angesteckte Mutter bot ebenfalls in ihren Pseudo-Membranen weder Loeffler'sche Bacillen, noch Streptokokken dar.

Das Kind blieb nach dem Ablauf der Angina bleich und schwach. Vierzehn Tage nach dem Verschwinden der Membranen hatte es Strabismus convergens, dann während einiger Tage eine näselnde Sprache, sowie Schluckstörungen, die auf eine Lähmung des Velums hindeuteten. Nach dem Verschwinden dieser Symptome trat eine Paraplegie ein, die einen Monat dauerte.

LUC.

d. Diphtheritis und Croup.

86) **Loir u. Ducloux. Die Vogeldiphtherie in Tunis. (La diphthérie aviaire en Tunésie.)** *Annales de l'Institut Pasteur. VIII. 8.*

Die Verff. constatirten eine Decimirung der Wirthschaftshöfe in Tunis seit einigen Jahren. Die Ursache ist die Ausbreitung der Vogeldiphtherie. Diese Krankheit ist verursacht durch einen von dem Bacterium der menschlichen Diphtherie verschiedenen Bacillus. Beim Erwärmen verliert derselbe seine Virulenz, und man kann ihn dann als Vaccine verimpfen. Personen, die in Berührung mit dem erkrankten Geflügel kommen, können eine durch jenen Bacilluss verursachte pseudo-membranöse Angina acquiriren.

A. CARTAZ.

87) **Lennox Browne. Diphtheritis und unhygienische Zustände. (Diphtheria and insanitation.)** *Brit. Med. Journ. 11. August 1894.*

Vortrag gehalten in der Medicinischen Section der Versammlung der British Medical Association zu Bristol.

Browne behauptet, dass die Diphtheritis im engsten Zusammenhang stehe mit den schlechten sanitären Verhältnissen. Diese können die directe Ursache von Diphtheritis bilden. Unsanitäre Zustände des Patienten selbst und seiner Umgebung haben einen entschiedenen Einfluss auf den Verlauf des Falles und der Epidemie. Die Ursache, warum eine sogenannte Familiendisposition zu bestehen scheine, sei darin zu suchen, dass die Familien-Mitglieder denselben unhygienischen Verhältnissen exponirt sind. In Schulen verbreitet sich die Krankheit durch Propagation und Dissemination.

Browne hat 43 Berichte von Diphtheritis-Epidemien des Local Government Board gesammelt. In 40 waren unsanitäre Verhältnisse nachweisbar. Die Kanali-

sation der Häuser war mangelhaft in 40 Fällen, in zweien war sie gut und bei einer Epidemie fehlen Angaben darüber. Die Abtritte schlecht in 37 Fällen, und in 6 gut oder nicht besprochen. Die Epidemien wurden zurückgeführt: auf unsanitäre Verhältnisse oder schlechtes Wasser in 28 Fällen, auf inficirte Milch viermal, auf Ansteckungen in Schulen 10mal; zweifelhaft blieb ein Fall.

Dr. Mumby stimmt den Ansichten B.'s. bei. Dr. Bond dagegen glaubt, das persönliche Ansteckung und Disposition bei der Verbreitung der Diphtheritis eine viel grössere Rolle spielen, als unsanitäre Verhältnisse.

ADOLPH BRONNER.

88) **Beverley Robinson. Abzugsgase als Ursache von Halserkrankung oder die Wirkung schlechter Canalisation auf den Hals. (Sewer gas a cause of throat disease; or the effect of bad drainage on the throat.)** *N. Y. Medical Record. 1. September 1894.*

Der Einfluss der Grubengase auf die Krankheiten des Halses lässt sich nach R. folgendermaassen zusammenfassen: 1. Man nehme einen Patienten mit sogen. schwachem Hals, der also häufigen Anfällen von Angina etc. unterworfen ist, und setze ihn der Wirkung der Kanalgase aus; derselbe wird wahrscheinlich eine Tonsillitis bekommen. 2. Ein Patient in gutem Gesundheitszustand, jedoch mit Klebs-Loeffler'schen Bacillen im Halse, wird, eine Zeitlang den Grubengasen ausgesetzt, wahrscheinlich Diphtherie bekommen. 3. Ein milder Fall von Diphtherie wird unter der Einwirkung der Grubengase zu einer schweren Form sich gestalten.

Es spielt also das Kanalgas eine wichtige Rolle in der Aetiologie mancher Halskrankheiten, wenn es auch in keiner Weise als der primäre und einzige Factor angesehen werden kann. LEFFERTS.

89) **Masucci** (Neapel). **Ueber Diphtherieansteckung in Schulen und Convikten. (Sul contagio difterico nelle scuole e nei convitti.)** *G. int. d. Sc. Mediche. 1894. No. 23.*

Vorschläge, um die Ansteckung der Diphtherie zu verhüten. TOTI.

90) **X. Diphtheritis. (Diphtheria.)** *British Medical Journal. 7. Juli 1894.*

Der Bericht von Dr. Sykes über die Zunahme von Diphtheritis in London wird besprochen.

Im Jahre 1889 sind 1617 Fälle gestorben, im Jahre 1893 aber 3265. Die Anzahl der Todesfälle an allen übrigen Halskrankheiten dagegen hat sehr abgenommen, Verf. glaubt mit Dr. Thorne Thorne, dass die viel stärkere Schulfrequenz die Ursache dieser grösseren Anzahl von Diphtheritis-Todesfällen sei.

ADOLPH BRONNER.

91) **Solbrig** (Friedeberg am Queis). **Ueber die Prophylaxis der Diphtheritis vom sanitätspolizeilichem Standpunkt.** *Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Med. u. öffentl. Sanitätswesen. 1894.*

S. verlangt 1. die Anstellung von Armen- und Gemeindeärzten; 2. Errichtung zweckmässiger Krankenhäuser, besonders auf dem Lande; 3. Einführung einer genügenden Zahl von ausgebildeten Krankenpflegerinnen auf dem Lande;

4. Verbesserungen in Bezug auf das Schulwesen (sanitätspolizeiliche Beaufsichtigung durch Medicinalbeamte); 5. Einrichtung bezw. Verbesserung von Kindergärten und Krippen. Er bespricht dann weiter die Anzeigepflicht, die Isolation, den Schulbesuch, die Desinfection, das Leichenwesen.

A. ROSENBERG.

92) **H. M. Biggs. Bericht an das New York City Health Department über den Nutzen bakteriologischer Untersuchungen für die Diagnose der Diphtherie. (Report to the New York City Health Department on the use of bacteriological examinations for the diagnosis of diphtheria.)** *N. Y. Medical Record. 15. September 1894.*

Seit dem Januar 1893 hat das Health Board of New-York City die amtliche bacteriologische Untersuchung zum Zweck der Diphtheritis-Diagnose eingerichtet. Sein Vorgehen hat überall Anerkennung und auch mannigfache Nachahmung gefunden. Verf. beschreibt den Gang des Verfahrens in allen Einzelheiten und liefert damit allen interessirten Behörden etc. ein werthvolles Material.

LEFFERTS.

93) **Silberschmidt** (Zürich). **Die Diagnose der Diphtherie.** Ref. Vortrag in der Gesellschaft d. Aerzte in Zürich. — *Corresp.-Bl. f. Schweizer Aerzte. H. 24. 1894.*

Eine kurze, vollständige Angabe der heutigen neuen Hilfsmittel zur Diagnose der echten bacillären Diphtherie.

JONQUIÈRE.

94) **H. Laser. Einfluss der Citronensäure auf den Diphtheriebacillus.** *Hygien. Rundschau. 1894.*

Dem Ref. nicht zugänglich.

B. ROSENBERG.

95) **Arthur Draer. Ueber die Desinfectionskraft der Sozojodolsäure und verschiedener ihrer Salze gegenüber dem Löffler'schen Diphtheriebacillus.** *Dtsch. med. Wochenschr. 1894. No. 27.*

Bacteriologischen Inhalts.

LANDGRAF.

96) **Robert S. Adams. Der Klebs-Löffler'sche Bacillus in gesunden Hälsen und bei Masern. (Klebs-Loeffler Bacillus in healthy throats and in measles throats)** *N. Y. Med. Record. 29. September 1894.*

79 Culturen wurden angelegt und von Dr. Park im Board of Health untersucht; davon stammten 51 aus dem klinischen Anschein nach vollständig gesunden Hälsen, 28 von Kindern die Masern hatten oder eben überstanden hatten. Unter den 51 gesunden Fällen fand sich der Klebs-Loeffler'sche Bacillus 7mal; 1 Fall hatte verdächtige Bacillen, die sich aber nachher als Pseudodiphtheriebacillen herausstellten. Nur in einem dieser Fälle entwickelten sich später klinische Symptome von Diphtherie, nämlich Kehlkopfdiphtherie mit einer die Intubation erforderlich machenden Stenose. Der Pat. genas, starb aber 1 Monat später an Pneumonie.

Bei den 28 Masernfällen fand sich der Klebs-Loeffler'sche Bacillus 9mal im Halse, Pseudodiphtheriebacillen 3 mal, verdächtige Bacillen in zwei

weiteren Fällen, von denen die eine Cultur doch als echte Diphtheriebacillen sich herausstellte. Von diesen 10 Fällen mit echten Klebs-Loeffler'schen Bacillen zeigte kein einziger klinische Symptome von Diphtherie; der eine Fall mit den verdächtigen Bacillen, die dann als echte Diphtheriebacillen sich herausstellten, starb an Bronchopneumonie; bei der Section fanden sich keine Membranen in den Luftwegen. — Die Culturen stammen fast alle von Kindern von 3—4 Jahren.

LEFFERTS.

97) **Federici. Ueber das Vorhandensein des Löffler'schen Bacillus im Blute der Diphtheriekranken. (Sulla presenza del bacillo di Löffler nel sangue dei difterici)** *Arch. it. di Clin. Medica. 1894. No. 1.*

F. hat im Blute von Leichen an Diphtherie gestorbener, wie Frosch, virulente Bacillen gefunden; aus dem Blute lebender Diphtheriekranken hat er aber in keinem Falle Loeffler'sche Bacillen züchten können. Die letzte Thatsache schliesst jedoch die Möglichkeit nicht aus, dass das circulirende Blut bacillenhaltig sein kann.

TOTI.

98) **Redactionelle Notiz. Die Diphtheriefrage auf dem Pester Congress. (Diphtheria at the Budapesth congress.)** *N. Y. Medical Journal. 29. September 1894.*

Eine Uebersicht über die Verhandlungen des Pester Congresses bezüglich der Diphtheriefrage nach dem British Med. Journal vom September 1894.

LEFFERTS.

99) **M. M. Johnson. Die Diphtheritis: ihre Aetiologie, chemische Pathologie und Behandlung. (Diphtheria — its etiology, chemic pathology and treatment.)** *Journ. Am. Med. Assoc. 22. September 1894.*

Nichts von besonderem Interesse.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

100) **J. S. Carpenter. Die Diphtheritis vom theoretischen und praktischen Standpunkte aus betrachtet. (Diphtheria theoretically and practically considered.)** *Therap. Gazette. 15. September 1894.*

Nichts Bemerkenswerthes.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

101) **G. Grana. Diphtheritis und Croup. (Difteria e crup.)** Roma. 1896. G. Batti.

Nicht zugänglich.

TOTI.

102) **B. H. Detwiler. Diphtherie und Croup. (Diphtheria and croup.)** *Pittsburgh Med. Rev. September 1894.*

D. glaubt an den Dualismus beider Krankheiten.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

103) **A. W. Fisher. Diphtheritis. (Diphtheria.)** *Toledo Med. and Surg. Reporter. September 1894.*

Verf. stellt die Symptome der Diphtherie und des membranösen Croups einander gegenüber.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

104) **Leroux. Croup mit Complication von Seiten der Lunge. (Croup avec complication pulmonaire.)** *France méd. 1894. p. 305.*

Der Titel erklärt den Fall. A. CARTAZ.

105) **Adolph Rupp. Aphthen und Diphtherie: ihre Verbindung und Unterscheidung. (Aphthae and diphtheria: their association and differentiation.)** *Amer. Journ. of Obstetrics. Vol. XXIX. No. 2. 1894.*

Der Verf. macht auf die Thatsache aufmerksam, von der er in den meisten Lehrbüchern nichts erwähnt findet, dass Aphthen und Diphtherie nebeneinander vorkommen; wenn auch typische Aphthen schwerlich für Diphtherie angesehen werden können, so kann eine eilige und oberflächliche Untersuchung doch wohl hie und da zu Verwechselungen führen; besonders dann, wenn die Aphthen voll ausgebildet sind, ehe die diphtheritischen Symptome hervortreten und so die gutartige Erkrankung den Eintritt der ersteren gewissermaassen maskirt. Dieses Vorkommniss, verlangt Verf., solle man sich stets gegenwärtig halten, wenn es auch nicht zu den gewöhnlicheren Ereignissen gehöre. LEFFERTS.

106) **Kapff** (Stuttgart). **Ueber „septische Diphtherie" nach den neuesten Untersuchungen von Dr. G. Genersich.** *Medic. Corresp.-Blatt d. Württemb. ärztlich. Landesvereins. 30. 1894.*

Im Olgaspital werden klinisch unterschieden: 1. einfache Formen von Diphtherie ohne Allgemeinsymptome mit umschriebenen localen Herden, 2. schwere Diphtherie mit diffuser Ausbreitung, Ausdehnung in die Fläche und Tiefe und hervortretenden schwereren Allgemeinerscheinungen, 3. septische Diphtherie. Einigen Bemerkungen über die letztere Form schliesst K. eine Mittheilung der von Genersich erhaltenen Resultate seiner bacteriologischen Untersuchungen an. SEIFERT.

107) **R. de la Sota y Lastra. Diphtheritische Perichondritis und Necrose des Ringknorpels. (Diphtheritic cricoid perichondritis and necrosis.)** *Journal Am. Med. Assoc. 29. September 1894.*

Mittheilung der Krankengeschichte. Ein Theil des Knorpels wurde ausgehustet. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

108) **Berend** (Budapest). **Ueber einen Fall von nach Diphtherie aufgetretener Hemiplegie.** *Arch. f. Kinderheilk. XVII. 5. u. 6. 1894.*

Ein an Diphtherie erkranktes 6jähriges Kind war schon fieberlos und im Stadium der Reconvalescenz, als am 7. Tage plötzlich Erbrechen, Sopor und Unruhe, halbseitige Krämpfe und schliesslich Lähmung der ganzen linken Körperhälfte eintrat. Herzschwäche und catarrhalische Pneumonie führten zum Tode. Bei der Autopsie fand sich fettige Degeneration des Herzmuskels, im Spitzentheile des linken Ventrikels linsen- bis bohnengrosse lose adhärirende Vegetationen, Embolie der rechten Art. fossae Sylvii, catarrhalische Pneumonie, in der rechten Niere ein hämorrhagischer Infarkt. Die Herzschwäche hatte die Veranlassung zur Bildung von marantischen Herzthromben gegeben, von welchen aus die Embolien erfolgten. SEIFERT.

109) **E. W. Pressly. Verbreitete Lähmung nach Diphtheritis. (Widespread paralysis following diphtheria.)** *Med. News. 18. August 1894.*

Die 8jährige Patientin hatte die Diphtheritis in den ersten Februarwochen in ziemlich ernster Weise. Das linke Trommelfell war perforirt und zeitweise kamen Flüssigkeiten nach dem Schlucken aus dem Ohre heraus. Im Beginne der Reconvalescenz trat auch eine Gaumensegellähmung auf und es wurden geschluckte Flüssigkeiten durch die Nase regurgitirt. Dann griff die Lähmung auf die Augenmuskeln über; es trat Strabismus ein; die Sphincteren der Iris waren gelähmt, die Pupillen enorm erweitert; auch klagte Pat. über Doppelsehen. Nach kurzer Zeit waren auch Arme und Beine gelähmt, so dass das Mädchen sich nicht mehr im Bett herumzudrehen im Stande war. Die Kniephänomene fehlten vollständig, die Hautsensibilität war nicht normal.

Unter der eingeschlagenen Behandlung verschwanden die Lähmungen ganz allmählich; zur Zeit besteht nur noch eine leichte Schwierigkeit beim Anschlagen gewisser Töne.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

110) **D. Inglis. Die Folgezustände der Diphtheritis. (The sequelae of diphtheria.)** *Physician and Surgeon. September 1894.*

Die wichtigste Folgekrankheit ist die Lähmung, die nach allgemeiner Anschauung als multiple Neuritis, verursacht durch eine acute toxische Degeneration der Nervenstämme aufgefasst werden kann. Was die Behandlung anlangt, so hält der Verf. Leberthran und Arsen für weit richtiger als die Electricität, die Herstellung der Function folgt rasch der Regeneration des Nerven. Eine überlegte Anwendung des galvanischen Stroms kann die Wiederherstellung der Muskelfunction unterstützen, der faradische Strom hat wenig oder gar keinen Werth; dagegen wird eine unzweckmässige Benutzung auch des galvanischen Stroms den Regenerationsprocess nur aufhalten.

Das diphtheritische Gift kann eine Degeneration der Gefässwände verursachen und auf diese Weise echte cerebrale Läsionen verschulden mit richtiger Hemiplegie. Auf der anderen Seite erzeugt das Protoplasmagift augenscheinlich eine weitverbreitete nutritive Störung in dem gesammten Nervensystem, selbst wenn localisirte Symptome nicht auftreten; es geht dies daraus hervor, dass in einem sehr grossen Theil aller Diphtheriefälle, auch solcher, bei denen überhaupt keine Lähmung zu constatiren ist, das Kniephänomen fehlt.

Für die Praxis ist aus diesen Thatsachen die Lehre zu ziehen, dass man Kinder in der Reconvalescenz von Diphtherie nicht anstrengen, sie möglichst lange ihren Studien, überhaupt jeder Anspannung ihrer Nerventhätigkeit fern halten soll.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

111) **Preisz** (Budapest). **Beiträge zur Anatomie der diphtherischen Lähmungen.** *Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk. VI. Bd. 1. u. 2. 1894.*

Pr. bringt die Beschreibung jener Veränderungen, welche er im Nervensystem bei zwei Fällen von allgemeiner Lähmung und bei einem Falle von Gaumen- und Herzlähmung nach Diphtherie zu finden Gelegenheit hatte. Diese Untersuchungen ergaben, dass in Fällen von allgemeiner diphtherischer Lähmung

eine gleichzeitige Erkrankung des gesammten, des peripherischen sowie des centralen Nervensystem sich findet und zwar ist hier anzunehmen, dass das diphtherische Gift, auf dem Wege der Blutbahn sich verbreitend, das gesammte Nervensystem gleichzeitig zu schädigen vermag. In Fällen von localer, auf die Gaumen- und Rachenmuskeln beschränkter Lähmung scheint das Gift von der Localaffection auf dem Wege des Lymphstromes die benachbarten Centren und Nerven zu erreichen, ähnlich vielleicht auch in jenen häufigen Fällen, wo mit Uebergehung der nächstgelegenen Muskeln die Accomodationsmuskeln gelähmt werden. Die ungleichmässige Vertheilung der pathologischen Veränderungen in den verschiedenen Nerven und Nervengebieten kann durch eine ungleichmässige Blut- und Lymphströmung erklärt werden.

SEIFERT.

112) **W. K. Jaques. Die Specialbehandlung der Diphtheritis. (The special treatment of diphtheria.)** *Chicago Med. Recorder. September 1894.*

Verf. will die Behandlung der Diphtheritis den Händen von Specialisten anvertraut wissen, die nichts anderes als Diphtherie behandeln sollen.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

113) **Wiemer** (Apenrade). **Ueber causale Localbehandlung der Rachendiphtherie.** *Deutsche Mediz.-Zeitung. 90. 1894.*

Da Störungen der Integrität der Nasen-Rachenschleimhaut und der Tonsillen zu diphtherischen Erkrankungen disponiren, so hat die Prophylaxe auf die Betheiligung solcher Störungen in erster Linie zu achten, ferner sollen während einer Epidemie auch von den gesunden Kindern häufige Gurgelungen vorgenommen werden. Grossen Werth legt W. auch auf möglichst frühzeitige Einleitung der Behandlung der Diphtherie, bei der es ihm hauptsächlich auf eine Säuberung der oberen Luftwege durch spülende Wirkung warmer Flüssigkeitswellen ankommt. Zur Localbehandlung wird Dermatol empfohlen.

SEIFERT.

114) **A. Wilson. Die Behandlung der Diphtheritis. (The treatment of diphtheria.)** *Lancet. 22. September 1894.*

Man soll die Rachendiphtheritis local und innerlich behandeln. Die „Diphthero-cocci" seien die wirkliche Ursache und nicht die Loeffler'schen Bacillen, welche nur auf der Oberfläche (!) der Membranen wachsen.

ADOLPH BRONNER.

115) **B. H. Detwiler. Pathologie und Therapie des membranösen Croups. (Pathology and treatment of membranous croup.)** *Medical Age. 10. August 1894.*

Verf. hält die Einheit der membranösen Erkrankungen des Halses und der Diphtherie nicht für erwiesen. Es ist wesentlich, in jedem Falle von Croup eine zeitige Diagnose zu stellen — liegt Diphtherie vor, so hat der Arzt die entsprechende Behandlung einzuleiten; handelt es sich um eine membranöse Affection, so soll er für Ableitung und Entleerung sorgen. Dies wird am besten erzielt durch Calomel in Dosen von 0,015 halbstündlich, bis Calomelstühle erfolgen, ferner durch Inhalation von Kalkwasser, durch Schröpfen und Auflegen von Cantharidenpflaster.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

116) **Bianchini. Neue Behandlung der Diphtherie. (Sopra un nuovo trattamento della difterite.)** *Gazz. degli Ospitali. 20. März 1894.*

Carbolkataplasmen aussen am Halse. Locale Behandlung mit:

Salicylsäure	3 gr
Alc. absol.	20 „
Resorcin	2 „
Glycerin	10 „

Bloss zwei Todesfälle auf 45 behandelte Diphtherische. TOTI.

117) **E. W. Mitchell. Diphtheritis. (Diphtheria.)**

Verf. warnt vor dem Gebrauch zu starker Lösungen von Wasserstoffsuperoxyd. Er geht nie über 2 bis 5 pCt. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

118) **R. B. James. Bemerkungen über die Behandlung von Diphtherie und Croup. (Notes on treatment of diphtheria and croup.)** *Virginia Med. Monthly. August 1894.*

Die Intubation soll nur von geeübten Operateuren vorgenommen werden; der Missbrauch, der mit diesem Eingriff getrieben wurde, hat die Schuld an der Discreditirung desselben. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

119) **X. Antidiphtherit. (Antidiphtherite.)** *Lancet. 8. September 1894.*

Die Sanitas-Gesellschaft (Bethnal Green) liefert eine Maske, die gegen Ansteckung schützen soll. Das Mundstück derselben ist mit Röhren verbunden, welche hinten, unterhalb der Maske in einen Sack münden. In diesem befindet sich ein Schwamm, der mit einen flüchtigen Desinficiens getränkt ist.

ADOLPH BRONNER.

120) **Dulurch. Zur Behandlung der Diphtherie. (On the treatment of diphtheria.)** *Lancet. 4. August 1894.*

Carbolsäure, Terpentin, Liquor Ferri perchlorati, gleiche Theile, Glycerin zwei Theile: wird täglich einmal eingepinselt. Man soll auch äusserlich am Kieferrande einpinseln. Eisen, Chlorkali und Glycerin werden innerlich gegeben.

ADOLPH BRONNER.

121) **Pillière. Die Behandlung der Angina diphtheritica und des Croups durch Einstäubungen von Sublimat. (Traitement de l'angine diphthéritique et du croup par les pulvérisations de sublimé.)** *Journ. de clinique infant. 20. September 1894.*

P. reinigt den Hals zweimal am Tage mittelst eines in $^1/_{30}$ Argentum nitricum-Lösung getauchten Wattebausches und lässt darauf die Einstäubung von Sublimat $^1/_{500}$ folgen. Bei Kindern unter 2 Jahren verwendet er den Liquor Van Swieten. Intoxicationserscheinungen von Quecksilber hat er nie beobachtet. Unter 98 nach dieser Methode behandelten Fällen — 52 mal Croup und 46 mal diphtheritische Anginen — verzeichnete er 92 Heilungen. A. CARTAZ.

122) **W. Dale. Sublimat bei Diphtheritis. (Bichloride of mercury in diphtheria.)** *Lancet. 15. September 1894.*

In 5 Fällen mit unsanitärer Umgebung, wurde in 24 Stunden 0,015, 0,03

und 0,045 g Kindern von unter 6, unter 8 und über 8 Jahren gegeben. Alle Fälle genasen. ADOLPH BRONNER.

123) **Bleich. Ein Heilmittel gegen Angina diphtheritica.** *Allg. med. Centralzeitung. 1894. No. 72.*

Energische Einreibungen von Ungt. ciner. in die Submaxillargegend.

A. ROSENBERG.

124) **H. Brabant. Die Behandlung der Diphtheritis mit Insufflationen und Tabloids von Magnesiumsulfid. (Treatment of diphtheria by insufflations and tabloids of sulphite of magnesium.)** *Lancet. 8. September 1894.*

In fünf Fällen hat Verfasser alle 2 Stunden insufflirt. Im ersten Fall musste tracheotomirt werden. Nach 5 Stunden starb das Kind an Herzschwäche. Die 4 übrigen genasen. Zugleich mit dem Magnesiumsulfid wurde Cognac und Liquor Ferri perchloridi mit Chlor Kali gegeben. ADOLPH BRONNER.

125) **Catrin. Kaliumpermanganat bei diphtheritischer Angina. (Kalium Permanganate for diphtheric angina.)** *Philad. Med. News. 8. September 1894.*

C. hat die örtliche Anwendung des hypermangansauren Kaliums bisher nur in einer sehr kleinen Anzahl von Fällen von diphtheritischer Angina durchgeführt. Er benutzte eine Lösung von 1 : 200 und wiederholte die Application 2, 3 oder 4 stündlich je nach der Schwere des Falles mittelst eines um ein Holzstäbchen gewickelten Wattebausches. Auch bei Streptokokkenanginen erwies sich die Behandlung als nützlich. LEFFERTS.

126) **Anast. Zinnes** (Athen). **Ueber die Behandlung der Diphtheritis mit Eisenchlorid.** *(Περὶ τῆς θεραπείας τῆς διφθερίτιδος διὰ τοῦ ὑπερχλωριούχου σιδήρου.) Γαληνός. 1894. No. 42.*

Der rühmlichst bekannte Professor der Kinderheilkunde an der Universität Athen macht darauf aufmerksam, dass bei seiner, den Lesern dieses Centralblattes schon bekannten Behandlung der Diphtheritis mit Ferrum sesquichloratum von 712 Kindern nur 72 gestorben und zwar 34 durch Uebergreifen der Krankheit auf den Kehlkopf, 32 durch die Schwere der Vergiftung und 6 durch Lähmungen.

SENTINON.

127) **Marumo. Zur Behandlung der Diphtheritis.** *Ijishimpo Tokyo. 1894. p. 45.*

Nicht zugänglich. SENTINON.

128) **Sziklai** (Ungarn). **Croup und sämmtliche croupöse Krankheiten heilbar mittelst Pilocarpin.** *Wiener med. Wochenschr. 1894. No. 32, 33 u. 34.*

Sz. glaubt, dass es häufig einen idiopathischen nicht durch Diphtheriebacillen bedingten Croup des Kehlkopfes giebt; gegen diesen und alle croupösen Krankheiten wirke das Pilocarpin sicher und prompt. Zu den croupösen Krankheiten zählt er die Bronchitis und Pneumonia crouposa und die Ausscheidung von Fibrinmembranen an den verschiedensten Schleimhautflächen; besonders bei Bronchitis und Pneumonia crouposa sah er glänzende Erfolge, indem er Pilocarpinum muriaticum bei Erwachsenen zu 8—10 Centigramm, bei Kindern von 7 Jahren 1—2,

von 10—15 Jahren 6—7 Centigramm po die anwendete. 1 Fall von Croup wird beschrieben. Gegen diphtheritischen Croup sei es unwirksam. Prüfungen des Mittels sind angezeigt. CHIARI.

129) **W. P. Munn. Methylviolett bei Diphtheritis. (Methyl violet in diphtheria.)** *Pittsburgh Med. Review. August 1894.*

Verf. empfiehlt lokale Application einer 1—10 proc. Lösung.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

130) **E. W. Kellog. Terpenthin bei Diphtheritis. (Terpentine in diphtheria.)** *Med. Standard. September 1894.*

Das Terpenthin muss in ausserordentlichen Dosen gegeben werden; ein paar Tropfen stündlich verabreicht sind nutzlos. Ein zweijähriges Kind kann 2stündlich 1 Theelöffel voll bekommen, ohne dass unangenehme Nebenwirkungen eintreten. K. berichtet über 19 Fälle mit 11 Heilungen.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

131) **Wallé** (Wandersleben). **Behandlung der Diphtherie mit Salaktol.** *Deutsche Mediz.-Zeitung. 92. 1894.*

Mit Salaktol soll 3stündlich, eventuell auch 2stündlich der Rachen ausgepinselt, in der Zwischenzeit das gleiche Mittel zu Gurgelungen verwendet werden.

SEIFERT,

132) **E. Klebs** (Karlsruhe). **Neue Beobachtungen über die Behandlung der Diphtherie mit Antidiphtherin.** *Wiener med. Wochenschr. 1894. No. 31, 32, 33, 34, 35. 36 u. 37.*

Kl. bedauert zunächst, dass aus Kliniken (Vulpius und Zappert) ungünstige Mittheilungen über seine Methode erschienen sind, während ihm doch viele praktische Aerzte günstige Erfolge berichteten. Er schreibt dies theilweise der Schwere der Fälle zu, die in die Spitäler gebracht werden, theilweise einer ungenügenden örtlichen Bepinselung mit dem Antidiphtherin zu. Die Serumtherapie hat nach Klebs mehr Wirkung auf die Entgiftung des Organismus, während das Antidiphtherin nur lokal wirkt (wenigstens nach den bisherigen Versuchen). Die Statistik der Antidiphtherinbehandlung verwerthet nur wegen Diphtherie tracheotomirte Fälle desselben Spitales und ergiebt für das Jahr 1893 eine Mortalität von 33,3 pCt., während sie 1892 und 1894 41,6 pCt. resp. 64,7 pCt. betrug; nur im Jahre 1893 wurde Antidiphtherin angewendet, aber durchaus nicht bei allen. Dieser Umstand, den Klebs zu Gunsten des Antidiphtherin deutet, und die geringe Zahl von Tracheotomirten in einem Jahre, 30, 36, 61 und 17 geben dieser Statistik keinen hohen Werth. 18 Fälle werden aus dem Jahre 1893 angeführt, sie wurden mit Antidiphtherin behandelt und 13 davon geheilt. Ausserdem werden noch 31 Fälle, die mit A.-D. gepinselt wurden mit 29 Heilungen citirt. Also in 49 Fällen 85,8 pCt. Heilungen.

Klebs schreibt daher dem A.-D. nahezu die gleiche Heilwirkung zu als dem Heilserum, mit dem Ehrlich 86,7 pCt. Heilungen erzielte. Die Einpinselungen müssen nur mit Wattepinseln recht energisch gemacht werden. CHIARI.

133) **Fischer** (Hannover). **Zur Tracheotomie bei Diphtherie.** *Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie. 39. Bd. 3. u. 4. H. 1894.*

Bericht über 1000 Tracheotomieen wegen Diphtherie. Auf sämmtliche Tracheotomieen kommen 37 pCt. Heilungen. Die Tracheotomieen bei Landkindern ergeben bessere Resultate (43 pCt.) als die bei Stadtkindern (Hannover 38 pCt., Linden 28 pCt.). Von den 166 Kindern unter 2 Jahren wurden 26 geheilt.

SEIFERT.

134) **Predieri. Diphtherie und Tracheotomie. (Difterite e tracheotomia.)** *Gazz. med. Lombarda. 1894. No. 37 bis 43, 45 u. 48.*

Nichts von Interesse für Laryngologen. TOTI.

135) **Dürr** (Hall). **Allgemeiner Ueberblick und Mittheilung einzelner operativer Fälle aus dem Johanniter-Kinderkrankenhaus in Hall.** *Medic. Corresp.-Blatt d. Württemb. ärztl. Landesvereins. No. 33. 1894.*

Von 8 wegen Kehlkopfdiphtherie tracheotomirten Kindern genasen zwei, bei dem einem derselben musste wegen Granulationswucherungen in der Trachea wiederholt nach Erweiterung der Wunde eine Kauterisation mit dem Paquelin vorgenommen werden, bis endlich nach mehreren Wochen die Canüle fortgelassen werden konnte. SEIFERT.

136) **R. Castanneda** (San Sebastian). **Ueber die Intubation des Kehlkopfes bei Croup. (De la intubación de la laringe en el croup.)** *El Siglo Médico. 1894. 3. Juni.*

Geschichte und Statistik der Intubation, die Verf. bei Widerhofer in Wien kennen gelernt hat. Nichts Neues. SENTINON.

137) **Aaser** (Norwegen). **Intubation bei Croup. (Intubation ved Krup.)** *Norsk Mag. for Lägevidenskab. 1894. S. 81.*

Verf. hat 17 Patienten mit Croup intubirt. 6 wurden geheilt. Der Verf. ist der Meinung, dass die Intubation die Tracheotomie ersetzen kann.

SCHMIEGELOW.

138) **E. Rosenthal. Bericht über 100 Fälle von Kehlkopfdiphtherie, die mittelst Intubation behandelt wurden. (A report of 100 cases of diphtheria of the larynx, treated by intubation.)** *Med. Bulletin. September u. October 1894.*

38 Fälle genasen, 62 starben. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

139) **F. E. Waxham. Ein Bericht über 11 Fälle von Intubation des Kehlkopfs in Denver, Col., mit Darlegung einiger Regeln für die Sublimation von Calomel. (A report of 11 cases of intubation of the larynx in Denver, Col. with exhibition of samples for the sublimation of calomel.)** *Internat. Med. Magaz. September 1894.*

Als Vorsichtsmaassregeln, die bei der Anwendung der Calomelsublimationen zu beobachten sind, stellt Dillon Brown (New York) folgende auf: 1. Wärter und Pfleger sind vor dem Inhaliren der Dämpfe zu warnen. 2. Die Haut des Kindes soll bedeckt werden, so dass sich die volle Wirkung der Dämpfe, soweit

als möglich, auf die lokalen Processe an der Schleimhaut lokalisirt. 3. Vor jeder Sublimation erhält das Kind eine geringe Dosis Alkohol. 4. Nach jeder Sublimation wird der Mund mit einer schwachen Kali chloricum-Lösung gereinigt. 5. Erscheinen die Abgeschlagenheit und Anämie grösser, als die lokalen Symptome erwarten lassen, so sollen Menge und Häufigkeit der Calomelapplicationen herabgesetzt, die stimulirenden Medicationen aber gesteigert werden. 6. Sind die Nasenhöhlen nicht afficirt, so tamponire man sie mit Watte. 7. Wichtig ist es, reines Calomel zu benutzen, das frei ist von allen reizenden Nebenwirkungen.

Diese Therapie ist sowohl vor wie nach der Tracheotomie resp. Intubation anzuwenden und es wird ihr nachgerühmt, dass sie in manchem Falle die Operation vermeidbar gemacht hat.

Je nach dem Alter des Kindes und der Schwere des Falles werden 1, 2 oder 3 stündlich 1,2 bis 2,4 g Calomel sublimirt.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

140) **A. Jeffries Turner** (Brisbane, Queensland). **Ueber Athemschwierigkeiten nach Entfernung der Intubationsröhre. (On difficulty of breathing after removal of the intubation tube.)** *Austral. Med. Gazette. 15. September 1894.*

In manchen Fällen tritt, obgleich unmittelbar nach der Entfernung der Tube die Athmung völlig unbehindert und leicht von statten geht, nach einer zwischen 20 Minuten und einigen Stunden wechselnden Zeit von neuem Dyspnoe ein. T. führt dies zurück auf ein als Reaction auf den diphtheritischen Process eintretendes Oedem, manchmal auch auf den Druck einer zu grossen Tube oder eine ungewöhnlich lange Retention derselben. Die leichteren Grade des geschilderten Zustandes heilen von selbst wieder. In anderen Fällen wird es nöthig, die Tube wieder einzuführen und gewöhnlich hat dann nach ein paar Tagen ein zweiter Versuch, sie fortzulassen, mehr Erfolg. Fälle, in denen die Dyspnoe weiter fortdauert, kommen nur selten vor; für diese empfiehlt T., damit der Kehlkopf ein paar Tage völlige Ruhe hat, die Tracheotomie. T. belegt seine Ausführungen mit einer Anzahl von Krankengeschichten.

A. T. BRADY.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

141) **Bézy. Kehlkopfaffectionen, die Croup vortäuschen. (Des accidents laryngés simulant le croup.)** *Presse méd. Paris. 1894. p. 318.*

Dem Ref. nicht zugänglich.

A. CARTAZ.

142) **Albespy. Genitale Störungen und Affectionen der oberen Luftwege bei der Frau. (Troubles genitaux et affections des voies aeriennes superieures chez la femme.)** *Annales des malad. de l'oreille. No. 2. Februar 1894.*

Die Beobachtungen mehren sich, die einen Einfluss uteriner Leiden auf die Nasenschleimhaut der Frau erweisen. Der Verf. berichtet über einen neuen Fall dieser Art. Diese Störungen beeinflussen aber auch den Larynx; es bleibt dabei fraglich, ob es sich um nervöse Einflüsse handelt oder um passive congestionäre Hyperämien oder ob vielleicht eine Vergrösserung der Schilddrüse auf den Recur-

rens einwirkt. Verf. hat 4 Fälle dieser Art beobachtet. Er schliesst mit dem Rathe, Krankheiten der oberen Luftwege nicht stets als locales Leiden zu betrachten, sondern alle Functionen des gesammten Organismus zu prüfen, um so vielleicht den Schlüssel für das Verständniss der Krankheit zu gewinnen.

E. J. MOURE.

143) **C. Lee. Chloroformdämpfe als Reiz für den Kehlkopf. (Chloroform vapour as an irritant to the larynx.)** *Lancet. 26. Mai 1894.*

Verf. hat verschiedene Male bemerkt, dass wenn er bei Gaslicht mit Chloroform operirte, er selbst und die Herumstehenden von starkem Krampfhusten befallen wurden. Der Patient dagegen hustete nicht. Ungefähr zwei Unzen Chloroform auf offenem Handtuch wurden jedesmal gebraucht. ADOLPH BRONNER.

144) **C. Stern** (Düsseldorf). **Ueber die Verwerthung des Opiums bei der Behandlung der Larynxstenosen im Kindesalter.** *Therapeut. Monatshefte. Mai 1894.*

Die Kinder werden nach der Darreichung von T. opii ruhiger, die Athmung wird weniger mühsam und langsamer, und in manchen Fällen konnte die scheinbar unmittelbar nothwendige Tracheotomie vermieden werden. Natürlich ist das Opium nur ein werthvolles Hilfsmittel. A. ROSENBERG.

145) **Huchard. Die Behandlung der stridulösen Laryngitis bei Kindern. (The treatment of stridulous laryngitis in children.)** *N. Y. Med. Journ. 29. December 1894.*

Verf. erörtert die Frage gar nicht, ob vorübergehende Schwellungen der Glottisschleimhaut die Anfälle verursachen oder nicht, ob durch Secretanhäufungen in der Nähe der Glottis mechanisch eine Stenose geschaffen wird oder die Entzündung zuerst im subglottischen Raum sich localisirt. Er setzt es als gewiss voraus, dass zwei Elemente am Zustandekommen der stridulösen Laryngitis betheiligt sind, die Entzündung und der Krampf des Larynx; die Gefahr aber liegt im Krampf und nicht in der Entzündung, die die Schwere des Falles nicht bedingt, sie mag leicht oder schwer sein. Ehe man chirurgisch eingreift, soll man, und zwar zeitig, eine medicamentöse Behandlung einleiten. H. giebt einem Kinde von $4^1/_2$ Jahren ohne Zögern 3,6 und selbst 4,2 gr Bromkali p. die in grossen Dosen. Wichtig ist es, diese Dosen gleich zu Anfang zu geben, ohne Furcht vor toxischen Nebenwirkungen. Nur so können die Glottisreflexe schnell und sicher beruhigt werden. Die Behandlung muss mindestens 5—8 Tage fortgesetzt werden, da die Erfahrung lehrt, dass die Anfälle von Pseudocroup oft viele Nächte hindurch sich wiederholen. Diese medicamentöse Behandlung soll die gleiche sein, ob der entzündliche Process schwer oder leicht ist. Zu dem chirurgischen Eingriff — zur Verfügung stehen die Tracheotomie und die Intubation — soll man sich erst entschliessen, wenn alle inneren Mittel erschöpft sind und die Gefahr der Asphyxie besteht. LEFFERTS.

146) **S. Lambau. Hysterischer Glottiskrampf. (Caso di spasmo della glottide da isterismo.)** *Gazz. med. Lomb. 1894. No. 14.*

Beschreibung eines Falles. Nichts Neues. TOTI.

147) **Bidon. Compression des Phrenicus beim Glottiskrampf. (Compression du nerf phrénique dans le spasme de la glotte.)** *Méd. mod. 7. Juli 1894.*

Bei einer hysterischen Patientin und bei einem Tabetiker erzielte B. sofortiges Aufhören schwerer Glottisspasmen durch Compression eines Phrenicus mittelst des zwischen die beiden Bündel des Sternocleidomastoideus eingedrückten Fingers.

LUC.

148) **Garel u. Collet. Der Ictus laryngis. (De l'ictus laryngé.)** *Annal. des malad. de l'oreille etc. No. 12. December 1894.*

Eine sehr sorgsame Studie über die Affection, die unter dem Namen Ictus laryngis bekannt ist. Die Verff. verfügen über 20 eigene Beobachtungen, die sie eingehend beschreiben. Im Anschluss daran besprechen sie die Aetiologie, die Pathogenese, Symptomatologie und schliesslich die Behandlung dieses Leidens. Die Beziehungen zwischen dem Ictus laryngis und der Epilepsie werden von den Verff. discutirt und dabei jede nähere Verwandtschaft zwischen beiden zurückgewiesen; das gleiche gilt von der Tabes.

E. J. MOURE.

149) **Leclerc** (Lyon). **Ein Fall von primärem Ictus laryngis. (Un cas d'ictus laryngé primitif.)** *Lyon méd. 16. December 1894.*

Es handelt sich um einen 35jährigen syphilitischen, aber nicht tabetischen Mann, der im Laufe eines Jahres (1880—1881) drei Anfälle von Ictus laryngis hatte. Nach Angabe des Pat., dessen Anfälle von L. nicht beobachtet wurden, bestanden dieselben aus einem heftigen Hustenanfall, dem ein Gefühl des Kitzelns im Rachen voranging und der von Bewusstlosigkeit und Umfallen gefolgt wurde.

Diese Anfälle wiederholten sich in den folgenden Jahren nicht. Der Pat. litt ausserdem an Gichtanfällen und war diabetisch.

LUC.

150) **J. B. Eaton. Pseudohysterische Aphonie. (Pseudo-hysterical aphonia.)** *Journal Americ. Med. Assoc. 22. September 1894.*

Von Bedeutung sind in dem von E. mitgetheilten Krankheitsfalle, 1. der übermässige Gebrauch der Stimme in der Kindheit; 2. der allmähliche Eintritt der Aphonie, die erst partiell, dann total wurde; dieselbe war thatsächlich adynamischer Natur, da bei Anstrengung die Sprache für eine Zeit möglich war; 3. die augenscheinlichen objectiven und subjectiven Symptome von Anämie und Parese des weichen Gaumens; 4. das Vorhandensein leichter Hysterie; 5. die Besserung aller Symptome nach Beseitigung der nasalen Stenose, dagegen die Verschlechterung durch alle möglichen Nerven-Stimulantien.

Verf. schliesst: 1. dass Ueberanstrengung der Stimme, Nasen- und Nasenrachencatarrh und Hysterie zusammenwirken können zur Erzeugung von Aphonie; 2. dass Fälle von sogen. hysterischer Aphonie bedingt sein können hauptsächlich durch Erkrankung der oberen Luftwege und die nervösen Erscheinungen dabei nur untergeordneter Natur sind. Die gewöhnliche stimulirende und reizende Localbehandlung im Larynx kann in solchen Fällen dem Pat. schweren Schaden thun.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

151) **Rueda. Hysterische Aphonie. (Afonia isterica.)** *Boll. d. Mal. dell'Or. 1894. No. 4.*

Eine Uebersetzung aus dem spanischen Originalartikel TOTI.

152) **Marotte. Hysterische Stummheit. (Mutisme hysterique.)** *Province méd. Lyon. 1894. p. 289.*

Nicht zugänglich. A. CARTAZ.

153) **Gioffredi** (Neapel). **Hysterische Stummheit, geheilt durch Aetherisation. (Mutismo isterico guarito coll'eterizzazione)** *Progr. med. 31. März 1894.*

Nachdem die verschiedensten Behandlungsmethoden vergeblich versucht worden waren, wurde die Aethernarcose angewandt. Diese führte gleich das erste Mal Heilung herbei. TOTI.

154) **Laborie. Nervöse Aphonie behandelt mit statischer Electricität unter Application der Electroden vorn am Halse. (Aphonie nerveuse. Electrisation statique; étincelles sur la region antérieure du cou.)** *Archives d'électricité médicale. 15. April 1894.*

Ein 19jähriges Mädchen war plötzlich aphonisch geworden; die Stimmbänder erreichten einander beim Phoniren nicht; sonst normaler Kehlkopfbefund. Die Behandlung bestand in der Application des electrischen Stromes und zwar so, dass vorn am Halse Funken gezogen wurden. Nach 11 Sitzungen war die Patientin geheilt. E. J. MOURE.

155) **C. Rojo Prieto** (Buogos). **Stimmlosigkeit durch Mineralwasser in Caldelas de Tuy geheilt. (Un caso de afonia curado par las aguas termales de Caldelas de Tuy [Pontevedra].)** *El Siglo Médico. 11. Nov. 1893. S. 713.*

Einen 52jährigen Geistlichen, den Verf. 10 Monate lang vergeblich mit allem möglichen local und innerlich behandelt, schickt er endlich nach besagtem Kurort in Gallizien, wo schon am 3. Tage alle Schmerzen im Kehlkopf schwinden und am 7. Tage die Stimme so vollständig wiederhergestellt ist, dass der Pat. wie nie vorher singen kann. SENTINON.

156) **D'Aquanno. Ueber eine angeblich wunderbare Heilung von hysterischer Stummheit (Su di una pretesa guarigione miracolosa di mutismo isterico.)** *Arch. ital. di Laring. 1894. No. 4.*

Nachdem die üblichen Heilmethoden vergeblich versucht worden waren, wurde der 12jährige hysterische Knabe einer religiösen Behandlung unterzogen, und bekam dabei seine Stimme wieder. D'A. bemerkt und zeigt, wie es sich in diesem Falle um nichts anderes handelt, als um eine Suggestionswirkung.

TOTI.

157) **J. R. Dodge. Reflexlähmung der Phonationsorgane; Heilung. (Reflexparalysis of the organs of phonation. Recovery.)** *Physician and Surgeon. September 1894.*

Krankengeschichte einer jugendlichen weiblichen Person, die während einer

Grippe-Epidemie plötzlich die Stimme verlor. Nach zweijährigem Bestehen absoluter Aphonie kehrte unter dem Einflusse einer Aufregung die Stimme plötzlich wieder. Die lange Gebrauchslosigkeit schien auf die Stimmorgane keinen nachtheiligen Einfluss ausgeübt zu haben. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

158) **A. Toti. Die Functionen des Larynx und ihre centrale Innervation. (Le funzioni della laringe e la loro innervazione centrale.)** *Rivista delle Mal. della Gola etc. 1894. No. 2.*

Ein Uebersichtsartikel, der den jetzigen Stand der Frage darzustellen strebt. Er enthält zugleich eine Kritik einiger Experimente Masini's; die Kritik hat den Zweck zu demonstriren, dass M. nicht berechtigt war aus denselben zu schliessen, dass einseitige Zerstörungen des Larynxcentrums eine Parese des entgegengesetzten Stimmbandes zur Folge haben. Autorreferat.

159) **W. Permewan. Kehlkopflähmungen. (Laryngeal paralysis.)** *Liverpool Med. Chir. Journal. Juli 1894.*

Der Autor spricht die zur Zeit herrschenden Anschauungen über die Kehlkopflähmungen durch; er befindet sich dabei in völliger Uebereinstimmung mit den jetzt fast allgemein acceptirten Ansichten Semon's. Auch in der Discussion, an der Hunt, Bark, Barr und Bradshaw theilnahmen, kamen abweichende Ansichten nicht zur Geltung. P. MC BRIDE.

160) **A. Fasano. Ueber Kehlkopflähmungen. (Sulle paralisi laringee.)** *Arch. internaz. d. spec. med.-chir. Napoli. 1894. p. 85.*

Nicht zugänglich. A. TOTI.

161) **M. Boulay u. H. Mendel. Kehlkopflähmungen beim Typhus. (Des paralysies laryngées dans la fièvre typhoide.)** *Arch. gen. de Méd. December 1894.*

Die Complication ist selten; die Verff. konnten einschliesslich einer eigenen Beobachtung nur 17 Fälle auffinden. Gewöhnlich tritt diese Störung in den ersten Tagen der Krankheit auf, seltener in der Reconvalescenz. Man kann 4 Formen unterscheiden:

a) Lähmungen der Erweiterer; 5 Fälle; 5mal musste tracheotomirt werden.
b) Lähmung der Constrictoren; 4 Fälle.
c) Recurrenslähmung; 5 Fälle.
d) Lähmung beider Recurrensnerven; 2 Fälle.

Die Verff. besprechen die Pathogenese dieser Complication und ihre objectiven und subjectiven Symptome. A. CARTAZ.

162) **Schlodtmann** (Königsberg). **Ueber vier Fälle von peripherischer Accessoriusparalyse.** *Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk. V. 6. Heft. 1894.*

In dem ersten der mitgetheilten Fälle handelte es sich offenbar um eine Fraktur der Schädelbasis, welche zu einer Abducens-, Akusticus- und Accessoriuslähmung ohne Mitbetheiligung des Vagus geführt hatte. Es waren ausser Sternocleidomastoideus und Cucullaris gelähmt das Gaumensegel und die entsprechende

Kehlkopfhälfte (linksseitige Recurrenslähmung). Schlodtmann nimmt auf Grund dieser Beobachtung an, dass die Innervation des Kehlkopfes aller Wahrscheinlichkeit nach von den Nn. vagus und accessorius gemeinsam besorgt wird, und zwar in der Weise, dass der erstere die Sensibilität, letzterer die Motilität des inneren Kehlkopfes übernimmt.

SEIFERT.

163) **Weintraud** (Strassburg). **Zwei Fälle von Syringomyelie mit Posticuslähmung und Cucullarisatrophie.** *Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk. V. 6. Heft. 1894.*

In den beiden von Weintraud mitgetheilten Fällen bestand isolirte einseitige Posticuslähmung. Diese hat als Vorläufer vollständiger Stimmbandlähmung ein besonderes klinisches Interesse, wenn sie im Uebrigen auch symptomlos verläuft. Ferner ist von Bedeutung, dass die isolirte Posticuslähmung das einzige Zeichen einer Mitbetheiligung des motorischen Astes des Vagus an dem Erkrankungsprocess sein kann, also andeutet, dass die Kernregion des inneren Astes des N. accessorius, der dem Vagus die motorischen Fasern zuführt, von der gliomatösen Wucherung ergriffen ist. In Weintraud's Fällen war dies von um so grösserer Bedeutung, als in einer isolirten degenerativen Atrophie der Mm. cucullares ein unzweifelhaftes Anzeichen einer beginnenden Erkrankung im Kerngebiet des äusseren Astes des N. accessorius gegeben war.

SEIFERT.

164) **H. Schlesinger** (Wien). **Beiträge zur Klinik und pathologischen Anatomie der Kehlkopfstörungen bei Tabes dorsalis.** Aus Schrötter's medic. Klinik. *Wiener klin. Wochenschr. 1894. No. 26 u. 27.*

Von den 3 Haupterscheinungen der Tabes im Kehlkopfe, nämlich den Lähmungen, fehlerhaften Innervationen und Reizzuständen (Spasmen) der Muskeln, betrachtet Schl. zunächst die Lähmungen.

Schl. untersuchte von einer an Tabes verstorbenen Frau, welche im Leben beiderseitige Posticuslähmung und oftmalige Larynxkrisen (ähnlich den Pertussisanfällen) gezeigt hatte, Hirnstamm, Rückenmark, Nm. vagi, recurrentes, laryngei superiores und alle Kehlkopfmuskeln. Das Kerngebiet der Nn. vagi et accessorii war völlig intakt, dagegen waren die Nervi vagi selbst sowie die Nervi recurrentes hochgradig degenerirt, und zwar links etwas mehr. Beide Nervi laryngei superiores dagegen waren völlig gesund. Dagegen waren die Musculi crico-arytaenoidei postici hochgradig, die Mm. crico-aryt. laterales weniger atrophirt, alle anderen Muskeln intakt. Schl. glaubt daher mit Semon, dass die Lähmung der Postici und die Larynxcrisen auf die Erkrankung der Nn. recurrentes zurückzuführen sei, so dass sich zu der Lähmung der Postici von Zeit zu Zeit Krampfanfälle der Adductoren gesellen.

Bei einem 2. Tabesfalle beobachtete man völlige Recurrenslähmung rechts, Zuckungen des Aryknorpels und keuchhustenähnliche Krisen bei Hyperaesthesie des Nerv. lar. superior.

Bei einem 3. Falle konstatirte Schrötter beiderseitige unvollständige Lähmung der Ab- und Adductoren und Schwindelanfälle, welche nach Paraesthesien im Kehlkopf auftreten und von Bewusstlosigkeit gefolgt sind (Ictus laryngis). Da-

bei wurde der Kranke cyanotisch, so dass Schrötter auch den Ictus lar. auf Circulationsstörungen zu beziehen geneigt ist. CHIARI.

165) **Collet. Ueber das Zittern der Stimmbänder und die Rolle der Kleinhirnerkrankungen bei den Störungen der Sprache und der Phonation. (A propos du tremblement des cordes vocales; rôle des lesions du cervelet dans les troubles de la parole et de la phonation)** *Annales des malad. de l'oreille etc. No. 2. Februar 1894.*

Verf. kommt auf eine früher publicirte Beobachtung zurück; ein Patient mit den Symptomen multipler Sklerose, bei dem Tremor der Stimmbänder sich zeigte. Bei der Section fand man nur einen Erkrankungsherd im Kleinhirn. Der Verf. schliesst daraus, dass der Tremor der Stimmbänder nicht ausschliesslich ein Symptom multipler Sklerose ist, sondern durch eine Kleinhirnläsion bedingt sein kann. E. J. MOURE.

166) **E. Grawitz. Ueber halbseitige Athemstörungen bei cerebralen Lähmungen.** Aus der Gerhardt'schen Klinik. *Zeitschr. f. klin. Medicin. 1894.*

G. beobachtete 30 Fälle echter cerebraler Hemiplegie, von denen 7 keine Athemstörungen erkennen liessen, während bei 2 Patienten sich nur

1. Cheyne-Stokes'sches Phänomen zeigte oder
2. zeitweise auftretende Anfälle von Tachypnoe, die 3—6 Min. anhielten.

   Bei einfacher Athmung fand sich

   a) einfaches Zurückbleiben der Thoraxhälfte auf der gelähmten Seite; oder aber es

   stellten sich Coordinationsstörungen ein

   a) verspätetes Einsetzen der Inspiration und vorzeitiges Aufhören der Exspiration,
   b) ungleichmässiges Angreifen und Erschlaffen der verschiedenen Athemmuskeln.
   c) Unregelmässigkeiten in der Exspiration, die in 2, 3 oder 4 Absätzen erfolgte.

Dann zeigte sich in einem Falle eine gekreuzte Lähmung; bei linksseitiger Hemiplegie mit Facialislähmung athmete die Pat. mit der linken Thoraxhälfte ergiebiger. Die Lähmungen schwinden in Wochen oder Monaten.

Da sich in dem verlängerten Mark keine Veränderungen bei den Secirten fanden, muss der Sitz dieser athmungstörenden Erkrankung im Gehirn gesucht werden. Wahrscheinlich verlaufen die Bahnen, die beim Menschen die Athmungsimpulse zur Medulla und weiter abwärts leiten, sehr nahe zusammen mit denen, die von den Rindencentren zu den Extremitäten führen.

In den 8 obducirten Fällen fanden sich Erkrankungsherde im Corpus striatum 5 mal, im Nucl. lentiformis 2 mal, in der Capsul. int. 7 mal, in der Insel 1 mal, im Occipitallappen 1 mal, im Centr. semioval. 1 mal und 2 mal waren multiple kleinere Heerde der grossen Ganglien vorhanden. Die Bahnen für die Athembewegungen verlaufen im Gehirn gekreuzt. A. ROSENBERG.

167) **A. Montalti. Die menschliche Stimme . . . (La voce umana . . .)** *Giorn. d. med. leg. Lanciano. 1894. p. 169.*

Nicht zugänglich. A. TOTI.

168) **P. Raugé. Ueber die normale und pathologische Rolle der Nasenhöhle bei der Phonation. (Sur le rôle normal et pathologique des fosses nasales dans la phonation.)** *Annal. des malad. de l'oreille etc. No. 3. März 1894.*

Verf. studirt den Modus der Production der Stimme und stellt den Antheil fest, den der Larynx und den die accessorischen Höhlen, Mund und Nase, dabei nehmen. Nach der Mitwirkung der normalen Nasenhöhle bespricht er den Einfluss pathologischer Zustände derselben; er unterscheidet; 1. Die Phonationsstörungen durch dauerndes oder vorübergehendes Bestehen eines nasalen Timbre; 2. die durch Aufhebung oder Verringerung der nasalen Resonnanz entstehenden Störungen; 3. Die Mischformen, bei denen die genannten Factoren beide mitwirken, wie dies z. B. bei Tumoren des Nasenrachenraums oder adenoiden Vegetationen der Fall ist. E. J. MOURE.

169) **Joal. Gerüche und ihr Einfluss auf die Stimme. (Des odeurs et de leur influence sur la voix.)** *Revue de laryngologie etc. No. 3, 4 u. 5. 1. u. 15. Februar, 1. März 1894.*

Nachdem er die Ansichten verschiedener Autoren und Künstler über diese Frage angeführt, giebt der Verf. auf Grund eigener Beobachtungen seiner Meinung dahin Ausdruck, dass die Gerüche bei gewissen Personen unleugbare Einwirkung auf die Nasen-, Kehlkopf- und Bronchialschleimhaut und in Folge dessen auch auf die Stimme besitzen. E. J. MOURE.

170) **A. Sandras. Aenderungen der Stimme durch Inhalationen. (La voix modifiée par les inhalations.)** Paris. 1894. G. Masson.

Nichts von Bedeutung. A. CARTAZ.

171) **Moure. Der Einfluss der Ovariotomie auf die Stimme der Frau. (De l'influence de l'ovariotomie sur la voix de la femme.)** *Revue de laryngolog. etc. No. 11. 1. Juni 1894.*

Die Entfernung der Ovarien bei noch jugendlichen Frauen scheint die Stimme zu vertiefen. Das Gegentheil ist beim Manne nach der Castration der Fall.

E. J. MOURE.

172) **Castex. Die mangelnde Pflege der Stimme. (Le malmenage vocal)** *Revue de laryngologie etc. No. 13. 1. Juli 1894.*

Verf. untersucht die Ursachen der ungenügenden Sorgfalt für die Sing- und Sprechstimme; er schildert ihre Wirkungen, besonders die Ermüdung der Stimme und bespricht die Therapie derselben, als deren erste Grundlage er die Ruhe hinstellt. E. J. MOURE.

173) **E. Palmer. Die wahre Natur der Falsett-Stimme. (The true nature of falsetto.)** *Lancet. 8. September 1894.*

Experimente (welche?), die Verf. angestellt hat, sollen beweisen, dass

1. das schwächste Falsett vertieft und entwickelt werden kann, bis es wie die „Kopfstimme" klingt.
2, diese Kopfstimme kann weiter abwärts geführt werden bis sie der „Bruststimme" ähnlich wird.

Die normale Stimme wird genau durch denselben Mechanismus producirt, wie das Falsett und das Falsett selbst ist der Rest der richtigen Stimmbildung nach jahrelang geübter falscher Stimmbildung!! ADOLPH BRONNER.

174) **Brasch** (Magdeburg). **Klinische Untersuchungen über die Störungen der Stimme.** Dissert. Berlin. 1894.

Besprechung der verschiedenen Stimmstörungen, Heiserkeit, Aphonie, Oligophonie, krankhafte Fistelstimme, Monotonie, Diplophonie mit klinischen Belegen für die einzelnen Formen aus der Gerhardt'schen Klinik. SEIFERT.

175) **Poyet. Die Ueberanstrengung der Stimme bei Sängern. (Du surmenage vocal chez les chanteurs.)** *Revue de laryngologie etc. No. 10. 15. Mai 1894.*

Mag die Ueberanstrengung der Stimme auf Ermüdung des Larynx oder übermässiger Inanspruchnahme der Athmung beruhen, sie äussert sich durch dieselben functionellen Symptome und durch passagere oder bleibende Veränderungen im Larynx. Die Behandlung — bestehend in Ruhe und Antiphlogisticis — hat je nach dem Falle wirklichen Erfolg oder nur eine illusorische Wirkung (wenn nämlich Knötchen bestehen). E. J. MOURE.

176) **Ramsay Smith. Athmen beim Singen. (Breathing in singing.)** *Journal of Laryngology. Juni 1894.*

Verf. citirt die Ansichten von Behnke, Hullah, Morell Mackenzie, Madame Seiler und Curwen über die Athemverhältnisse beim Singen. Er macht darauf aufmerksam, dass man beim Singen mehr Athmungsluft nöthig hat. Da beim Singen wenig Luft exspirirt wird, ist es oft schwer genug, Luft aus der Lunge in kurzer Zeit zu exspiriren. Ehe man inspirire, solle die Lunge so leer wie möglich sein. ADOLPH BRONNER.

177) **Oltuszewski** (Warschau). **Psycho-Physiologie der Sprache.** *Monatsschr. f. d. ges. Sprachheilk. October 1894.*

Dieser interessante Artikel, der sich beschäftigt mit der Erklärung der Functionen, welche das Gehirn bei der Sprache verrichtet, eignet sich nicht für ein kürzeres Referat und muss im Original gelesen werden. A. ROSENBERG.

178) **Ferrand. Sprache, Wort und Aphasien. (Le language, la parole et les aphasies.)** Paris. 1894.

Das Bändchen enthält 3 Kapitel; das erste umfasst die Physiologie der Sprache; der Verf. stellt ein höchst ingeniöses Schema der Transmissionen und Reflexe in den nervösen Centren auf. Das zweite Kapitel ist der Geschichte der Pathologie der Sprache gewidmet; es enthält die verschiedenen Aphasien, die motorischen, sensorischen und die psychischen. Das 3. Kapitel endlich bespricht die Beziehungen zwischen Vernunft und Wort. A. CARTAZ.

179) **Leoni** u. **Trombetti. Ein Fall von hysterischer Aphasie.** *Morgagni. 1894. No. 11.*

Nichts von laryngologischem Interesse. TOTI.

180) **Heymann** (Kolmar). **Stottern — Psychoglossie.** *Deutsche Mediz.-Zeitung. 100. 1894.*

H. ist mit Bernhardt der Anschauung, dass die Grundursache des Stotterns die Vorstellung sei, nicht geläufig sprechen zu können und zwar sei der Sitz des Leidens derjenige Theil der Grosshirnrinde, welcher zwischen dem Begriffscentrum und dem motorischen Sprachcentrum liegt. SEIFERT.

181) **C. J. Coxwell** (Melbourne, Victoria). **Dysphemie und Bemerkungen über die Natur der Neurosen. (Dysphemia and remarks on the nature of neuroses.)** *Intercolon. Quart. Journal of Med. and Surg. No. 1. u. 2. Vol. I. Mai u. August 1894.*

Eine erschöpfende und inhaltreiche Arbeit über das Stammeln, seine Pathologie und Therapie. Die Argumente, die Verf. zur Stütze seiner Thesen bringt, lassen sich unmöglich in einem Referate wiedergeben. Seine Schlüsse sind folgende: 1. Das automatische Sprachcentrum ist besonders geneigt zur Erkrankung. 2. Dasselbe ist gehemmt in seiner Thätigkeit durch Impulse von einem Hemmungscentrum, durch dessen Erkrankung das Coordinationsvermögen leicht geschädigt wird. In dem automatischen Sprachcentrum sind die verschiedenen Muskelgruppen, die am Sprechen theilnehmen, jede besonders vertreten und zwar setzt sich die besondere Controle einer jeden Gruppe aus 2 Factoren zusammen, einem anregenden und einem hemmenden Nerveneinfluss. Jeder von diesen beiden Factoren kann gehemmt werden durch Impulse von einem Hemmungscentrum, das durch Störungen emotioneller Natur oder durch sensorische Erschöpfung erregt zu werden vermag. Hemmung des restringirenden Elements verursacht übermässigen Spasmus, Hemmung des anregenden Elements verursacht vorübergehende Lähmung. Das Stammeln ist nicht analog dem Schreibkrampf, es folgt nicht auf Ueberanstrengung der Stimme.

Die Behandlung hat damit zu beginnen, dass man die gewöhnlichsten Töne erst einzeln, dann in einfachen Combinationen in täglicher systematischer Uebung hervorbringen lässt, anfangs langsam, später immer schneller und schneller. Beständige Wiederholung desselben Lautes muss besondere Defecte überwinden helfen. Der Pat. soll laut lesen, nicht in singender Manier, sondern ausdrucksvoll mit schnellem Wechsel des Tones. Die beständige Uebung muss ihm eine absolute Herrschaft über seine Sprachorgane verschaffen. A. J. BRADY.

182) **Kafemann** (Königsberg). **Die öffentliche Fürsorge für stotternde und stammelnde Schulkinder.** *Monatsschr. f. d. ges. Sprachheilk. Februar 1894.*

Zur Production des Stotterns gehört eine besondere, auf einer Schwäche gewisser centraler Functionen beruhende Disposition, die durch physiologisch wie psychologisch schwächende Momente eben zur Erzeugung des Krankheitsbildes angeregt wird. Zu derartigen anregenden Momenten gehören aus verschiedenen Gründen die adenoiden Vegetationen.

Jedes mit einer Sprachanomalie oder Erscheinungen von Aprosexie behaftete Schulkind sollte einem sachkundigen Arzte überwiesen werden, bevor zu einer sprachlichen Behandlung des Stotterübels und zu einer pädagogisch moralischen Beeinflussung der Aprosexie geschritten wird. A. ROSENBERG.

183) **A. Kupferschmid. Naturheilverfahren und die Erkrankung der Stimmorgane.** *Naturarzt. 1894.*

Dem Ref. nicht zugänglich, A. ROSENBERG.

184) **R. Coën** (Wien). **Ueber Hörstummheit.** *Wiener med. Wochenschr. 1894. No. 33.*

Eine meist angeborene Sprachstörung, die oft bei Kindern von 3 bis 10 Jahren vorkommt. Die Intelligenz (?) und das Gehör sind nicht verringert. Diese Alalia idiopathica hat ihren Grund in einer unvollkommenen Entwickelung des Centrums für die Coordination der Lautbewegungen zu Worten, oder in Hemmung der centrifugalen Leitungsbahnen. Heilung fast immer sicher durch geistige Sprachgymnastik und methodisches Heilturnen behufs allgemeiner Kräftigung. CHIARI.

185) **Masini** (Genua). **Ein Fall von Worttaubheit. (Un caso di sordità verbale.)** *Boll. d. Mal. dell'Or. 1894. No. 6.*

Der Fall betrifft einen 18jährigen gesunden, und von nicht neuropathischen Eltern stammenden Mann. M. hält es für wahrscheinlich, dass es sich dabei nicht um eine Epilepsia larvata handelt, sondern um Hysterie, deren Hauptsymptom der Verlust des Vermögens, Wörter zu verstehen, ist. Der Sitz der Functionsstörung soll in der Hörsphäre der Hirnrinde sein. TOTI.

f. Schilddrüse.

186) **Kocher** (Bern). **Die Schilddrüsenfunction im Lichte neuerer Behandlungsmethoden verschiedener Kropfformen.** *Corr.-Bl. Schweiz. Aerzte. No. 1. 1895.*

K. geht von der durch ihn und Andere gewonnenen neueren Erfahrung aus, dass Schilddrüsensaft von aussen dem Körper, namentlich per os, einverleibt auch Kröpfe der Heilung entgegenführt und vergleicht diese Wirkung mit derjenigen des Jodes und mit der Wirkung der blossen Trinkwasserenthaltung. Durch die Schilddrüsentherapie werden die Kröpfe nicht ganz beseitigt, sondern diese behalten ihre alte Form in verkleinertem Maassstabe. Cysten und Colloidknoten werden nicht verändert, sondern nur die hyperplastische Drüsensubstanz nimmt ab. Das Jod wirkt ebenfalls nur auf die Hyperplasie, aber vollständiger. Gleichartig aber weniger zuverlässig wirkt auch die Enthaltung von gewöhnlichem Trinkwasser in Kropfgegenden, reps. consequenter Genuss von nur gut gekochtem Wasser, z. B. bei blossem Aufenthalt im Spital ohne jegliche Medication. Alle drei Behandlungsweisen heilen somit nur die primäre Kropfbildung und nicht deren secundäre Degenerationsformen.

Der Schilddrüsensaft heilt also den Kropf nur in dem angegebenen ziemlich beschränkten Maasse. Deshalb steht viel höher als die practische, die theoretische Bedeutung der Schilddrüsentherapie, namentlich seit auch ihre glänzenden zwar nur palliativen Erfolge gegen die Kachexia strumipriva vielfach erwiesen worden sind. Diese Therapie wurde im Wesentlichen begründet durch Kocher und seinen Schüler Bircher, in Form der Implantationen von Schilddrüse in das Bauchfell. Sie war gestützt auf die von J. Reverdin und besonders von Kocher entdeckte hochbedeutende Thatsache, dass Totalexstirpation der Schilddrüse die Kachexia strumipriva zur Folge hatte, daher war nichts natürlicher als der Versuch, dieselbe durch Ersatz an günstiger Implantationsstelle zu bekämpfen. Die implantirten Schilddrüsen wurden jedoch im Bauch zu rasch resorbirt und gediehen nicht wie jetzt bei den Ratten, so dass die gute Wirkung rasch verloren ging. Dagegen hat die von Howitz, Murray, William Pasteur eingeführte Methode der Einführung der Schilddrüse, namentlich von Schafen, in den Magen, welche auch nur palliativ wirkt, den Vortheil immer wieder ohne Schaden wiederholt werden zu können und daher ein relatives Heilmittel zu sein. Diese rein empirische, wissenschaftlich ganz rohe Thatsache ist für Kocher ein Beweis, dass „das Probiren über Studiren" noch heut zu Tage einigen Werth hat.

Dadurch, dass die Schilddrüsentherapie sowohl die Schilddrüsenhyperplasie als die Kachexia strumipriva, sowie deren verwandte Formen das Myxödem und den Cretinismus günstig beeinflusst, könnte angenommen werden und wurde auch angenommen, die Schilddrüsenhyperplasie sei ein erstes Stadium der Kachexia strumipriva. Dass dem nicht so ist, beweist eine andere für die vorliegende Frage wichtige Krankheit, bei welcher die Schilddrüsenhyperplasie eine grosse Rolle spielt, nämlich der Morbus Basedowi. Bei derselben hat die primäre Kropfbildung gerade die der Kachexia strumipriva entgegengesetzten Krankheitsymptome zur Folge; Abmagerung statt Gedunsenheit und Verdickung; Hitze und Wallungen statt Kältegefühl; leicht Schwitzen, statt stets spröder und trockener Haut; hastige, zitternde Bewegungen der Extremitäten, statt steifer, schwerer und langsam beweglicher Glieder; geistige Erregbarkeit und Aufgeregtheit statt Apathie und geistiger Stumpfheit; vollen oder schnellenden, frequenten Puls, statt kleinen, langsamen Pulses wie die kropfberaubten Kachektischen; also alles Gegensätze zwischen den beiden Krankheiten!

Um so auffälliger ist es daher, dass auch gegen Basedow der Schilddrüsensaft per os in vielen Fällen sehr günstig ja heilend wirkt; und diese Wirkung erklärt sich gerade dadurch, dass derselbe auch bei ihm, Basedow, die Schilddrüsenhyperplasie reducirt. Denn jede Therapie, welche diese Wirkung hat, bessert oder heilt meistens den Basedow; so die Resection der Struma (Kocher), die Unterbindung der Schilddrüsen-Arterien (Wölfler), die von Jaboulay und Poncet geübte Exothyreopexie, d. h. die Luxirung und Fixirung der Schilddrüse nach aussen, wobei dieselbe ihren Saft nach aussen massenhaft absondert und so dem basedowkranken Körper entzieht und ihn heilt. Auf der Antikropfwirkung beruht auch die Besserung des Basedow durch Jod, Electricität. Horsley u. A. haben daher offenbar recht, den Basedow'schen Symptomencomplex aus der vermehrten Zufuhr von Schilddrüsensaft von der Drüse aus auf den Lymphwegen

zum Blut und dem Nervensystem (verlängerten Mark) zu erklären. Immerhin giebt es nach K. Fälle wo die Erregung des genannten Nervencentrums eine primäre und nicht von der Kropfdrüse ausgehende zu sein scheint und wo dann nach Trachewsky ein Mittel gut wirkt, welches nach Semmola gegen eine andere Krankheit des verlängerten Marks, den Diabetes hilft, nämlich das phosphorsaure Natron. Zu dieser letzteren Kategorie gehören einige Fälle Kocher's, wo die Ingestion von Schilddrüsenpräparaten starke Verschlimmerung der Basedowschen Beschwerden verursachte, wahrscheinlich in Folge grösserer Erregung des Nervensystems. K. schreibt auch die „auffällige" Thatsache, dass nicht das von der vergrösserten Schilddrüse selber gelieferte Secret reducirend auf die Schilddrüse wirkt, der anhaltenden Erregung des Nervenapparates zu, welche durch das continuirlich gelieferte Secret verursacht wird und durch Rückwirkung auf die Schilddrüsengefässe dessen günstige Wirkung paralysire.

Ref. erscheint es eher natürlich, dass der von der eigenen Schilddrüse direct in Lymphe und Blut dem Nervensystem zugelieferte Saft nicht in jeder Hinsicht dieselbe Wirkung ausüben könne, wie ein Schilddrüsenpräparat, das einerseits von aussen kommt, den ganzen Verdauungschemismus durchmacht, zu Chylus wird und dann erst im Blut zum Nervensystem gelangt, andererseits von einem fremden Individuum und dazu noch einem solchen aus einer ganz anderen Säugethierspecies herstammt. Dass der eine Stoff durch Nerven- und Gefässwirkung die Schilddrüse vergrössert und aufregend wirkt, der andere sie verkleinert und das Nervensystem beruhigt, erscheint uns ziemlich gereimt — wenn auch beides hypothetisch ist — wirken sie doch auch physiologisch auf ganz andern Wegen.

Eine gänzlich andersartige und absonderliche, auch unerklärte, jedoch sichere ist die von K. im Obigen richtig gekennzeichnete Thatsache, dass durch den Magen gegangener, verdauter, fremder Schilddrüsensaft eine ganze, eigene, lebendige Schilddrüse im Kampfe gegen die Kachexia strumipriva successive ersetzen kann. Nach K. muss der in das Blut resorbirte Schilddrüsensaft direct oder in einem andern Organ Umsetzungen bewirken, welche gleichwerthig sind den in den Zellen des Schilddrüsenparenchyms vor sich gehenden Vorgängen.

An einer Stelle bemerkt K., dass bei den Basedowfällen mit stark vasculärem Kropf, z. B. auch bei der Struma pulsans, die eigentliche drüsige Neubildung neben der Gefässausdehnung einen relativ geringen Antheil der Struma ausmacht. Hier wären dann vielleicht die Basedow'schen Symptome nicht aus vermehrter Absonderung von Schilddrüsensaft, sondern als primäre Nervenstörung — und — oder — auch als Druckstörung am Halse zu erklären, und die günstig wirkende Behandlung mit Schilddrüsensaft ausnahmsweise auch hier als eine ersetzende aufzufassen.

Ferner hebt K. noch das Intoxicationsartige der acuten Kachexia strumipriva (Tetanie) hervor, wo selbst der erstgewonnene Urin des Patienten, subcutan injicirt bei Thieren Krämpfe auslöst, welche Intoxication auch sofort durch Gaben von Schilddrüsensaft gehoben wird; auf welcher auch, nach Lanz, in Folge nicht durch die Schilddrüsenthätigkeit neutralisirter giftiger Umsatzstoffe des Körpers der chronische Zustand der Kachexie beruht. Verf. frägt sich endlich, ob nicht

auch für die gewöhnliche Kropfbildung angenommen werden dürfe, dass durch das Trinkwasser ein eben noch ganz unerkannter Stoff einverleibt werde, welcher analog den giftigen Umsetzungsproducten die Drüsenzellen der Schilddrüse erregt aber von künstlich zugeführtem Saft neutralisirt wird, — und schliesst mit dem logischen Satze: „Hat Brown Séquard Recht, dass die Urämie durch Einspritzung von Nierensaft sich wenigstens vorübergehend verhüten lässt, so dürfte die Urämie eine ähnliche Beziehung zu Nierenhypertrophie haben, wie die Cachexia thyreopriva zu Kropf. JONQUIÈRE.

187) **Lion** u. **Bensaude. Postpneumonische Thyreoiditis verursacht durch Pneumokokken. (Postpneumonic thyroiditis due to Pneumonia-cocci.)** *Phil. Med. News. 22. September 1894.*

Ein 49jähriger Mann, früher gesund und in keiner Weise belastet, erkrankte an einer Pneumonie, die sich ziemlich lange hinzog, so dass erst am 17. Tage das Fieber völlig beseitigt war. In der folgenden Woche kehrte der Appetit wieder und das Allgemeinbefinden hob sich, doch wurden noch 3 mal Temperatursteigerungen verzeichnet. Einen Tag nachher klagte Pat. über Schmerzen am Halse und man constatirte daselbst eine Schwellung und Spannung. Die Temperatur betrug jetzt 39,5°. Es wurden Einreibungen von Quecksilber- und Belladonnasalbe verordnet, doch nach wenigen Tagen hatte sich bereits ein Abscess im linken Lappen der Schilddrüse gebildet, der (nachdem eine Probepunction das Vorhandensein von Pus mit Pneumokokken in Reincultur erwiesen) durch Incision entleert wurde. LEFFERTS

188) **Socin** (Basel). **Ursache der bei Kropfkranken vorkommenden Erstickungsanfälle.** Vereinsbericht aus Basel. *Corr.-Bl. f. Schweiz. Aerzte. No. 7. 1894.*

Die Erstickungsanfälle können mit oder ohne chron. Dyspnoe auftreten und sind zunächst einer plötzlichen Zunahme der Trachealstenose und diese einer verstärkten Aktion der hypertrophirten inspiratorischen Halsmuskeln zuzuschreiben. Bei der Behandlung ist die Tracheotomie möglichst zu vermeiden. Ein ohne Narkose rasch ausgeführter Querschnitt durch die Haut, die Durchschneidung der Muskeln und das Herausheben der ganzen Schilddrüse eliminiren die unmittelbare Lebensgefahr. Dann kann man mit oder ohne Narkose die stenosirenden Kropftheile exstirpiren. Werden die Beschwerden auf diese Weise nicht ganz gehoben, so reponirt man den Rest des Kropfes nicht, sondern lässt ihn ektopirt aus der offenen, antiseptisch behandelten Wunde herausragen, wonach er rasch schrumpft und von den Wundenrändern allmälig überdeckt wird, ohne dass eine sehr auffallende Narbe entsteht. Dieses Schrumpfen und Atrophiren der an die Luft gesetzten Kröpfe ist ein höchst eigenthümlicher Process, der vielleicht auch bei anderen inoperabeln Tumoren angewandt werden könnte. JOUQUIÈRE.

189) **Djémil bey. Thyroidectomie. (Thyreidectomie.)** *Gaz. méd. de l'Orient. Constantinopel. 1894. p. 129.*

Nicht zugänglich. SENTINON.

190) **D'Amore. Thyroidectomie. (Tiroidectomia.)** *Progresso med. Napoli. 1894. p. 216.*

Nicht zugänglich.

A. TOTI.

191) **Jaboulay. Exothyropexie. (Exothyropexie.)** *Province méd. Lyon. 1894. p. 169.*

Nicht zugänglich.

A. CARTAZ.

192) **Karl Grube** (Neuenahr). **Zur Aetiologie der Basedow'schen Krankheit.** *Neurol. Centralbl. März 1894.*

G. nimmt als Ursache eine Infection an, die eine Intoxication verursache. Träger der Infection ist das Gefässsystem.

A. ROSENBERG.

193) **E. Newman. Die Aetiologie des Morbus Basedowii: Eine Neurose: Mit einer Bemerkung über die Behandlung. (The etiology of exophthalmic goitre: a neurosis: with a note on treatment.)** *Lancet. 11. August 1894.*

Die Krankheit soll eine Neurose centralen Ursprungs sein, die sich durch die tieferen Centren der Medulla manifestirt. (Eine confuse Zusammenstellung von Ideen. Ref.)

ADOLPH BRONNER.

194) **Deléage. Basedow'sche Krankheit. (Goitre exophthalmique.)** *France médicale. p. 353. 1894.*

Nichts Neues.

A. CARTAZ.

195) **Duncan Menzies. Fälle von frischer bösartiger indischer Syphilis behandelt mit Schilddrüsen-Extract. (A report on some recent cases of malignant indian syphilis treated with thyroid extract.)** *British Medical Journal. 7. Juli 1894.*

Drei Fälle von schwerer secundärer Syphilis wurden mit Burroughs and Wellcomes Tabloids (0,3 g) behandelt. Auffallende Besserung. Eine antisiphilitische Behandlung war in allen Fällen vorher angewandt worden.

ADOLPH BRONNER.

196) **Edward Blake. Eine neue Methode der Darreichung von Schilddrüsenextract. (A new method of giving thyroid extract.)** *N. Y. Medical Record. 6. October 1894.*

In einem Falle von Myxoedem, bei dem das Thyroidextract per os nicht vertragen wurde, liess Verf. zweimal täglich, nachdem der Körper mit heissen Schwämmen abgerieben und dann unter kräftigem Frottiren getrocknet war, folgende Mischung einreiben.

Thyroidin	10	Theile
Aether	60	„
Lanolin	480	„

Nach der Inunction stieg die Temperatur um 1 Grad, ein Zeichen, dass das Extract wirklich resorbirt war. Dieses Verfahren wurde gut vertragen und der Erfolg war ein zufriedenstellender

LEFFERTS.

g. Oesophagus.

197) **E. Wadstein** (Schweden). **Ringförmige, durch eine Schleimhautfalte gebildete Strictur im Oesophagus.** *Nord. med. Arkiv. 1894. No. 21. S. 25.*

Die 64jährige Frau hatte, soweit sie sich zurückerinnern konnte, immer an Schlingbeschwerden gelitten, wobei es ihr vorkam, als ob die Speisen hinter dem Kehlkopf angestaut würden. Bisweilen wurden sie wieder aufgestossen, bisweilen gelang es der Patientin durch besondere Bewegungen des Halses und gleichzeitiges Kneten mit den Händen deren Hinabgleiten zu befördern. Die Beschwerden haben sie nicht ärztliche Hülfe zu suchen genöthigt. Die Patientin starb im Januar 1890. Es wurde im Oesophagus in gleicher Höhe mit der Cartilago cricoidea eine ziemlich scharfe ringförmige Falte der Schleimhaut gefunden, wodurch eine Verengerung bis auf Bleistiftdicke hervorgebracht war. — An der Bildung der Strictur nahmen nur Mucosa und Submucosa Theil. Die Muskelschicht war verdickt.

SCHMIEGELOW.

198) **C. M. Moullin. Vorlesung über traumatische Strictur des Oesophagus. (Lecture on traumatic stricture of the oesophagus.)** *Clinical Journ. 29. Aug. 1894.*

Ein Mädchen von 26 Jahren hatte vor fünf Wochen Aetzkali geschluckt. Bougie No. 14 kann 9 Zoll weit eingeführt werden; das kleinste Bougie 14 Zoll weit und nicht weiter. Um die Strictur zu dilatiren, kann man entweder den Magen von aussen öffnen und von unten her Bougies einführen oder aber die Elektrolyse versuchen.

Es folgen einige Bemerkungen über Carcinoma oesophagi und Stenosen durch Druck.

ADOLPH BRONNER.

199) **A. Hermann. Verengerungen der Speiseröhre syphilitischen Ursprungs. (Sténoses de l'oesophage d'origine syphilitique.)** *Courrier méd. Paris. 1894. 1.*

Nicht zugänglich.

A. CARTAZ.

200) **J. H. Targett** (London). **Polypoide Geschwulst des Oesophagus. (Polypoid tumour of the oesophagus.)** *British Medical Journal. 20. October 1894.*

Demonstration des Präparates am 16. Oktober vor der Pathological Society of London. Der Patient war ein Mann gewesen, der an Dysphagie und Inanition zu Grunde gegangen war. Bei der Obduction wurde maligne Geschwürsbildung gefunden, welche das untere Ende des Oesophagus betraf und zur Stricturbildung geführt hatte. Vier Zoll oberhalb dieser Strictur fand sich ein beinahe sessiler Tumor, den der Vortragende als Fibrom bezeichnete. Der Hauptpunkt von Interesse bestand darin, dass die Geschwulst von einem Pflasterzellenkrebs infiltrirt war.

In der Discussion frug Mr. S. G. Shattock, ob in diesem Falle Sondirung vorgenommen worden sei. Hätte der Polyp sich unterhalb des ulcirenden Carcinoms befunden, so wäre es legitim gewesen, daran zu denken, dass er durch einen

Process von Autoinoculation inficirt worden sei; da er sich oberhalb des Carcinoms befand, so könnte eine solche Autoinoculation durch den Gebrauch der Sonde verursacht worden sei. - Mr. Targett erwiderte, dass Versuche gemacht worden seien, die Sonde einzuführen, aber misslungen seien. SEMON.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) N. Th. Tendeloo. Die Pathologie der Pharynxdivertikel. Inaug.-Dissert. Leiden. 1894. 128 S.

In der vorliegenden, inhaltsreichen Monographie wird die Pathologie der Pharynx-Divertikel einer im Allgemeinen sehr wohl gelungenen Revision unterworfen. Mit guten Gründen führt der Verf. aus, dass die allgemein angenommene Zenker'sche Eintheilung in Tractions- und Pulsions-Divertikel nicht haltbar sei, weil zwar Traction an der äusseren Pharynxwand die Ursache zur Bildung eines Divertikels abgeben könne, dagegen in der grossen Mehrzahl der bekannt gewordenen sogenannten Pulsionsdivertikel die Aetiologie dunkel geblieben sei. Eine Pulsion, ein Druck von Ingestis, könne nur dadurch ätiologische Bedeutung gewinnen, dass sie abnorm gesteigert ist (z. B. durch Ansammlung von Speisen) oder dass sie eine an Resistenz herabgesetzte Wand trifft. In solchen Fällen wäre aber nicht die Pulsion, sondern die pathologische Abweichung, welche die Ansammlung von Speisen resp. die Schwächung der Rachenwand bedingt, die erste Ursache der Divertikelbildung.

Aus Verfassers Ausführungen geht weiter hervor, dass in der einschlägigen Literatur eine nicht geringe Verwirrung herrscht in Betreff der genaueren Localisation der Divertikel. Namentlich werden Rachen- und Speiseröhren-Divertikel zusammengeworfen, indem dieselben jedoch nicht nur ätiologisch und morphologisch sondern auch klinisch scharf getrennt werden sollen. Während die Rachendivertikel, deren Oeffnung sich in der Höhe des Ringknorpels befindet, zu den heftigsten Schlingbeschwerden und nicht selten zur Inanition Veranlassung geben, werden dagegen die Oesophagus-Divertikel meistenstheils nur zufällig bei der Autopsie entdeckt.

Die Tabellen des Verf. zeigen, dass im nasalen und im oralen Theil des Rachens die Divertikel am seltensten wahrgenommen sind (resp. 5[1]) und 4 Fälle) und dass dieselben alle congenitalen Ursprungs waren. Die Divertikel des Nasenrachenraums lässt Verf. mit Kostanecki auf embryonaler Anlage sich entwickeln, wozu dann als zweiter Factor eine „Pulsion“ durch Secretansammlung

---

1) Die drei Fälle, welche Moritz Schmidt (Archiv f. Lar., Bd. I) am Lebenden beobachtete, sind in diesen Tabellen noch nicht aufgenommen.

aus der Tube käme. Ref. muss gestehen, dass er sich von dem Drucke, den Secrete in solchen nicht abgeschlossenen Räumen ausüben sollen, keine Vorstellung zu bilden vermag.

Die Divertikel im Mundtheil des Rachens sind alle als aus der zweiten Kiemenfurche entstanden zu betrachten. Diese Divertikel befanden sich alle an der lateralen Pharynxwand. Verf. führt aus, dass nur bei lateraler Localisation der Divertikel-Oeffnung ein Entstehen aus einer Kiemenfurche möglich ist.

Die Mehrzahl der beobachteten Pharynx-Divertikel sind im laryngealen Theil wahrgenommen worden. Unter diesen war der Sitz nur zweimal lateral. Diese waren wahrscheinlich beide congenitalen Ursprunges. Alle die andern (27 an der Zahl) waren dorsal gelegen. Die Aetiologie ist fast immer unaufgeklärt geblieben. Für den vom Verf. selbst beschriebenen, im Laboratorium des Prof. Siegenbeek van Heukelom untersuchten Fall, hat Verf. eine sehr merkwürdige Aetiologie feststellen können. Er fand nämlich im Präparat eine abnorme dorsale Neigung der hintern Fläche des Ringknorpels, welche dadurch eine Art Schirmdach über den Eingang zur Speiseröhre bildete. Da nun einerseits die Möglichkeit, dass diese eigenthümliche Abweichung eine Folge vom Divertikel wäre, ausgeschlossen werden darf, so liegt es nahe, anzunehmen, dass beim Essen, besonders beim hastigen Essen jedesmal eine Ansammlung von Speisen im Pharynx stattgefunden hat. Solch' eine wiederholte Speisen-Ansammlung verursache eine wiederholte abnorme Dehnung des Pharynx und diese ist, wie Verf. ausführlich auseinandersetzt, ein Moment, welches auf die Dauer eine Pharynxvergrösserung mit Divertikelbildung an der dorsalen Wand herbeiführen kann.

Der Schwerpunkt der Arbeit liegt ohne Zweifel im Kapitel der pathologischen Anatomie. Es ist mir nicht möglich, diesem Kapitel in einer kurzen Besprechung gerecht zu werden. Ich erwähne nur die vom Verf. ausführlich discutirte anatomische Differentialdiagnose zwischen dem Divertikel sensu strictiori und der Pharyngokele. Während beim ersteren alle Schichten der normalen Pharynxwand sich an der Divertikelbildung betheiligen, so besteht die Pharyngokele blos aus Mucosa und Submucosa, welche zwischen den Muskelfasern hindurch getreten sind. Nun führt aber Verf. den Nachweis, dass aus seinem negativen Ergebniss einer (sogar mikroskopischen) Untersuchung auf Muskelelemente in der Divertikelwand nicht auf die Diagnose Pharyngokele geschlossen werden darf. Solch' ein negatives Ergebniss beweise ja keineswegs, dass auch früher keine Muskelelemente in der Divertikelwand vorhanden gewesen. Der Factor, welcher die Muskelfasern zum Schwinden bringt, sei die Dehnung. Excessive Dehnung eines Muskels setze sein Contractionsvermögen herab, und könne dasselbe gänzlich aufheben. Bei lange anhaltender oder vielmals wiederholter Dehnung träten Ernährungsstörungen auf, welche schliesslich eine Inactivitätsatrophie herbeiführen. Bei grossen Divertikeln (s. s.) kann man also bisweilen keine Muskelelemente in der Wand mehr nachweisen. Nur bei kleinen Divertikeln, wo von bedeutender Dehnung nicht die Rede sein kann, bildet der Nachweis von Muskelelementen in der Wand ein entscheidendes Moment in der Differentialdiagnose, Divertikel s. s. oder Pharyngokele.

Für die grösseren Divertikel braucht man andere Criteria. Als solches nennt

Verf. die Form des Sackes. Das echte Divertikel hat weder Oeffnungsrand noch Hals; die Rachenwand geht ununterbrochen in diejenige des Divertikels über. Die grösseren Pharyngokelen dagegen breiten sich ausserhalb der engen Oeffnung nach allen Seiten mehr weniger gleichmässig aus und hängen mittelst eines, wenn auch nur ganz kurzen Halses mit der Pharynxwand zusammen. Ich habe aus der interessanten Arbeit, welche die Pathologie der Pharynxdivertikel in jeder Richtung erschöpfend behandelt, nur weniges hervorheben können.

H. Burger.

---

b) **Flatau** (Berlin). **Nasen-, Rachen- und Kehlkopfkrankheiten.** Ein Lehrbuch für Studirende und Aerzte. Leipzig. Joh. Ambr. Barth. 1895.

Das vorliegende Lehrbuch ist ähnlich wie das Buch von M. Schmidt nach einem anderen Grundsatze abgefasst, als die bisher bekannt gewordenen Lehrbücher. Der Verf. ist bemüht, Gleichartiges möglichst znsammenzufassen und wir dürfen mit voller Anerkennung sagen, dass er diesen Plan mit grossem Geschick unter geschickter Bemühung der Literatur und Einfügen zahlreicher eigener Beobachtungen durchgeführt hat. Das ganze Buch ist in 8 Kapitel eingetheilt, von denen das erste die Bildungsfehler und Abweichungen, das zweite die Verletzungen, Fremdkörper, Mykosen, Blutungen, das dritte die Betheiligung der ersten Athemwege bei acuten Infectionskrankheiten enthält. Im 4. Kapitel sind die acuten, im 5. die chronischen Entzündungen, im 6. die chronischen Infectionskrankheiten, im 7. die Neubildungen und im 8. Kapitel die Nervenkrankenheiten zusammenfassend bearbeitet. In dem letzteren Kapitel dürften die hypokinetischen Motilitätsstörungen des Larynx etwas ausführlicher insbesondere auch in Bezug auf die Therapie besprochen sein. Am Wenigsten gefallen mir die 53 Abbildungen, welche zu wenig scharf und theilweise nicht ganz richtig gezeichnet sind, man sehe z. B. Fig. 49 an, ferner möchte ich auch für eine zweite Auflage die Ausmerzung der Bezeichnung „Diphtheritis“ wünschen. Seifert.

---

c) **Th. Flatau** und **H. Gutzmann** (Berlin). **Die Bauchrednerkunst.** Leipzig. A. Abel. 1894.

In dem ersten Theil ihrer geschichtlichen und experimentellen Untersuchungen besprechen die Verff. die Bauchrednerkunst im Alterthum, im Mittelalter, in den Jahren 1500—1772 und in den Jahren 1772 bis auf unsere Zeit. Die erste Urkunde findet sich in einem alten chaldäischen Weissagebuch, das von dem Könige Saryon I. zweitausend Jahre vor unserer Zeitrechnung verfasst wurde. Dieser Abschnitt enthält auch die älteren wissenschaftlichen Erklärungen des Vorganges bei Ausübung der Bauchrednerkunst. Die Mehrzahl der neueren

Autoren stellten ihre Untersuchungen an dem überall bekannt gewordenen Bauchredner Otto Meyer aus Hamburg an, so Brücke, Grützner-Bruns-Sievers, Gad, B. Fränkel, Sommerbrodt, Beschorner, Wagner, Bleuler und Leube.

Der zweite Theil enthält die Darstellung der einzelnen Versuche, welche die Verff. selbst an 6 Bauchrednern angestellt haben. Die Vorgänge bei der Articulation haben die Verff. mit besonderer Berücksichtigung der Vocallbildung untersucht und an den mit der König'schen Flamme gewonnenen Curvenbildern gefunden, dass die Curven bei der Bauchstimme niedriger sind als die natürlichen und verschwommene Spitzen haben. Der phonetische Luftverbrauch wurde mit Hilfe des Gad'schen Athemvolumschreibers untersucht. Diese Befunde sind durch eine Anzahl von Curven illustrirt. Die Gaumenbögen werden straff und gespannt und in einen nahezu spitzen Winkel gegen einander gestellt, das Gaumensegel wird erhoben und gespannt und gestaltet sich zu einer förmlichen Mulde um. Die Epiglottis senkt sich, die Stimmbänder nehmen eine Mittelstellung zwischen dem Kehlkopfverschluss und der Fistelstimmenstellung und bei dem Zusammenwirken der Bauchmusculatur und des Zwerchfells wird die Mitte gehalten zwischen der in der Bauchpresse ausgesprochenen maximalen Contraction der Bauchmuskeln mit gleichzeitigem inspiratorischem Zwerchfellstand und der schon bei gewöhnlicher Sprache bekannten Einschaltung inspiratorischer Elemente während der Exspiration. Seifert.

---

d) Amerikanische Laryngologische Gesellschaft.

16. Jahresversammlung, abgehalten in Washington, D. C., am 30. und 31. Mai und 1. Juni 1894.

Erster Tag. — 30. Mai.

D. Bryson Delavan hielt als Vorsitzender die Eröffnungsansprache. Er hob hervor, dass die Geschichte der Gesellschaft in Wahrheit die Geschichte der Laryngologie sei. Noch lebe Manuel Garcia, der Entdecker des Kehlkopfspiegels und die Liste der correspondirenden Mitglieder der Gesellschaft enthalte die Namen aller hervorragenden Specialisten. In Amerika habe das Laryngoskop Eingang gefunden im Jahre 1860. Sechszehn Jahre später wurde sein Gebrauch an 25 verschiedenen Instituten gelehrt und die Specialbeschäftigung mit der Laryngoskopie hatte eine gesicherte und allgemein anerkannte Stellung erworben. 1878 fand die Eröffnungsversammlung der Gesellschaft in Buffalo statt; Louis Elsberg war ihr erster Präsident.

Die Gründung der Gesellschaft war ein bewusster Schritt zu dem Ziele einer weiteren und tieferen Ausgestaltung der laryngologischen Disciplin und zur Förderung und allgemeineren Ausbreitung der laryngologischen Wissenschaft. Die

Ehre, die erste laryngologische Specialgesellschaft gebildet zu haben -- hier und im Auslande — gebührt der Stadt New York. Die New York Laryngological Society entstand im October 1873.

Das Motto unserer Gesellschaft ist: „Docendo discimus“ — Lehrend lernen wir. Soll die Gesellschaft den hohen Rang behaupten, den sie heute einnimmt, so muss sie dieses ihr Ziel stetig verfolgen, mit selbstloser Hingebung und mit wissenschaftlicher Gründlichkeit. Die Thatsache allein, dass die Gesellschaft alle führenden Lehrer des Landes zu ihren Mitgliedern zählt, verbürgt ihr ihre Stellung gegenüber der Gesammtheit des ärztlichen Standes.

Der Anfangsunterricht für die Studirenden (undergraduate instruction) hat in unserm Lande einen hohen Grad von Vollkommenheit erreicht. Die Frage des Unterrichts darf, soweit es um Anfänger sich handelt, als im besten Sinne gelöst betrachtet werden. Allein dieser Unterricht genügt nicht allen Bedürfnissen höherer medicinischer Ausbildung und darum haben sich auf verschiedenen Seiten Schulen für die weitere Ausbildung der Aerzte (graduates) aufgethan. Durch diese vornehmlich hat die Laryngologie ihre grosse Popularität erlangt, wozu auch das starke Wachsthum der Specialliteratur beigetragen hat. Das Problem, das hier vorliegt, ist vielleicht das wichtigste unserer Tage und so leicht wie das des Unterrichts für Studenten ist es nicht zu lösen, weil bei den lernenden Aerzten eine weit grössere Mannigfaltigkeit persönlicher Bedürfnisse und bereits erlangten wissenschaftlichen Erwerbes vorliegt. Vorgefasste Anschauungen, die sie nach bestem Wissen aus eigener ärztlicher Erfahrung sich gebildet haben, hemmen diese Schüler oft am Vorschreiten. Dem Lehrer erwachsen hieraus besonders schwere Pflichten. Ein idealer Unterricht für Vorgeschrittene setzt 3 Dinge voraus: 1. Eine höhere und gründlichere Erziehung des Studirenden. 2. Eine sorgfältigere Auswahl des Lehrers. 3. Eine Modification der Unterrichtsmethoden, und wenn sie die besten sind für die Studirenden, um sie den Bedürfnissen der älteren Hörer anzupassen.

W. E. Casselberry (Chicago) sprach über: Nasenpolypen und ihre Behandlung durch Resection der mittleren Muschel.

Redner analysirte 40 Fälle; er unterscheidet:

I. Nasenpolyp mit hypertrophischer Rhinitis. Zeichen von Ethmoiditis bestehen hierbei nicht, obwohl durch den Druck des Polypen eine solche nahe gelegt wird. Gestörte Drainage und Anhäufung von Muco-Pus im mittleren Nasengang prädisponiren zur Bildung solcher Polypen. Abtragung des Polypen führt zur Heilung ohne Recidiv, wenn gleichzeitig die hypertrophischen Muscheln cauterisirt werden. Von den beobachteten 40 Fällen gehörten 6 zu dieser Klasse.

II. Nasenpolyp mit einfacher myxoedematöser Ethmoiditis. Die Muscheln haben ein glänzendes Aussehen und fühlen sich breiig weich an. Es macht sich Druck auf die Regio ethmoidea geltend mit seinen verschiedenen Symptomen. Es soll der mittlere Theil der Muschel resecirt und die myxoedematöse Partie blossgelegt werden. Zu dieser Gruppe gehörten 14 Fälle.

III. Nasenpolyp mit vasomotorischer Ethmoiditis; eine Abart des vorigen Typus. Diese Gruppe umfasste 9 Fälle. Vier Patienten litten gleichzeitig

an Heufieber, was ihre neurotische Anlage beweist, alle an Asthma. Alle waren besonders empfindlich gegen Reize auf den Geruchssinn.

IV. Nasenpolyp mit eitriger Ethmoiditis. Es bestand eitriger Ausfluss aus den Siebbeinzellen, häufig daneben noch ein Empyem einer der Nebenhöhlen. Dieser Zustand ist die Folge einer der vorgenannten Varietäten, die Eiterung tritt erst ein, wenn das myxoedematöse Gewebe sich so stark angehäuft hat, dass der natürliche Abfluss gestört ist. Zu dieser Gruppe gehörten 6 Fälle.

V. Nasenpolyp mit necrotisirender Ethmoiditis. Redner schliesst sich bis zu einem gewissen Grade den Woakes'schen Ansichten an, er hält Caries des Siebbeins für einen gewöhnlichen Begleiter der Polypen. Nur bei 5 Fällen bestand eine ganz unzweideutige Knochennecrose. Für solche Fälle und nur für solche soll der Ausdruck „necrotisirende Ethmoiditis“ bleiben.

Für alle Fälle ist die Herstellung freien Abflusses die Conditio sine qua non des therapeutischen Erfolges. Dazu ist oft eine theilweise Abtragung der mittleren Muschel nothwendig.

Die Discussion über diesen Vortrag war eine allgemeine. Alle Redner verurtheilten ein sorgloses und unnöthiges chirurgisches Eingreifen in der Nase und allgemeine Uebereinstimmung herrschte darüber, dass ein kurzer radicaler Eingriff diese chronischen Fälle nicht heilen könne.

Jonathan Wright (Brooklyn) sprach über: Papilläre Hypertrophie der Nasenschleimhaut verglichen mit einem echten Papillom.

Redn. demonstrirt an Abbildungen die Unterschiede zwischen beiden Affectionen. Das echte Papillom der Nase ist sehr selten. Das typische Präparat, das W. beschreibt, stammt von der Uvula und das nasale von der Mitte der unteren Muschel.

Clarence C. Rice (New York): Der Gebrauch metallischer Elektroden in der Behandlung nasaler und postnasaler Erkrankungen.

R. will den galvanischen Strom verwerthen und die positive Elektrode aus einer leicht oxydirbaren Substanz, wie Kupfer, herstellen. Dieser Pol kann in verschiedener Gestalt, für Nase und Nasopharynx passend, gearbeitet werden. Die negative ist die gewöhnliche flache Schwammelektrode, die an einem indifferenten Punkt, meist am Halse, aufgesetzt wird. Ist der Strom im Gange, so löst sich von dem Kupfer, es entsteht ein neues Salz, das Oxychlorid, das in die Gewebe eindringt. Redn. bezeichnet dies als „metallische“ oder „interstitielle“ Elektrolyse. Statt Kupfer kann, wenn gewünscht wird, Kalk und Eisen benutzt werden. Diese Methode ist von Gautier, Morton, Cleaves u. A. ausgearbeitet worden; sie wurde durch die wohlbekannten Phänomene der Kataphorese nahegelegt. Es wird ihr nachgerühmt, dass sie das Salz wirklich in die Gewebe einbringt, dass auf diese Weise eine wirksamere Hypersecretion erzeugt wird, als wenn man die Salzlösung bloss auf die Oberfläche aufbringt; schliesslich dass eine Wirkung auf den submucösen Boden erzielt wird, der oft Sitz des pathologischen Processes ist.

Die Wirksamkeit dieser Methode erprobte Rice bei mehreren Fällen von Hypersecretion der Nasenschleimhaut, bei Reizhusten in Folge von Rachen- und

Kehlkopfcatarrh und bei Vergrösserung der Muscheln. Im letzteren Fall war eine Elektrode in Gestalt einer Kupfernadel von Vortheil. Diese war auch nützlicher als die galvanokaustische Spitze beim Stillen von Blutungen aus Erosionen der Nasenscheidewand. 5—10 Milliampères Stromstärke hat R. nie überschritten. Von 20 behandelten Fällen heilten 6, von dem Rest wurden $^3/_4$ deutlich gebessert. Cocain wurde, wenn nöthig, angewandt.

Zweiter Tag. — 31. Mai.

Thomas R. French (Brooklyn): Beobachtungen über einige Resultate schneidender Operationen am Nasenseptum.

Redn. beschränkt seine Darlegungen auf 2 Zustände, die Perforationen und die membranöse Verwachsung. Unsere heutigen Methoden zur Correction von Nasenscheidewanddeformitäten sind nicht immer erfolgreich. Redn. wirft die Frage auf: Giebt es nicht Umstände, unter denen eine Perforation der knorpligen Nasenscheidewand ein vollständig gerechtfertigter Eingriff sein kann? Er glaubt, dass man bei geeigneter Nachbehandlung eine solche Perforation ohne nennenswerthen Nachtheil und mit erheblichem Nutzen machen kann, wenn auf andere Weise ein Luftweg durch die verschlossene Stelle nicht zu schaffen ist. Eine Perforation nahe dem Naseneingang jedoch, besonders bei einem Septum, das quer über beide Nasenöffnungen verkrümmt ist, nimmt er aus.

Bezüglich der Adhäsionen macht Redn. auf eine oft übersehene Ursache derselben aufmerksam: Die Schnittflächen am Septum verwachsen mit dem an den gegenüberliegenden Muscheln durch frühere Galvanokauterisationen gebildeten Narbengewebe. Deshalb soll man vor der Operation stets eine genaue Anamnese erheben über etwaige frühere Operationen in der Nase. Wenn beide Theile, Septum und Muschel, Behandlung erfordern, soll man zuerst das Septum in Angriff nehmen. Ist es aber aus irgend einem Grunde nöthig, an der Muschel zuerst zu operiren, so soll man lieber mit Säuren als mit der Schlinge arbeiten.

Zweifellos sind Adhäsionen auch oft die Folge vom Operiren mit Sägen mit ungeschütztem Ende oder von ungeschickter Handhabung des Trepans oder der Zange in engen Nasen. Beim Gebrauch der Säge soll man zuerst nach oben und dann erst nach unten schneiden, jedenfalls aber, wie man auch zuerst ansetzt, durch Schnittführung in der entgegengesetzten Richtung die Operation beenden. Man kann auf diese Weise ein grösstmögliches Stück des Gewebes entfernen bei möglichst geringer Gefahr der Beschädigung der Aussenwand.

W. H. Daly (Pittsburgh) sprach: Für die Frühoperation bei Krankheiten der Highmorshöhle.

Auf Grund eines Materials von 27 Fällen, die er seit 1882 beobachtet und behandelt hat, empfiehlt Redn., wenn nöthig, eine Probeincision zu diagnostischen Zwecken vorzunehmen.

A. W. de Roaldes (New Orleans): Ein Fall von zusammengesetztem folliculären Odontom mit Uebergreifen auf die Highmorshöhle und die entsprechende Seite der Nasenhöhle; mit einem neuen Apparat zur Anästhesirung bei Operationen am Munde.

Die Hauptzüge seines Falles fasste Redner folgendermaassen zusammen:

1. Der seltene Charakter der Geschwulst.
2. Ihr ungewöhnlicher Ursprung von einem noch vorhandenen Eckzahn.
3. Ihre Lokalisirung am rechten Oberkiefer.
4. Ihre Coexistenz mit einer fibrösen Geschwulst, wahrscheinlich einem fibrösen Odontom. Odontome werden häufig für Exostosen, Fibrome etc. angesehen.
5. Die Diagnose ist erschwert durch eine Einbettung der Geschwulst, wie sie im vorliegenden Falle bestand. Ein früherer Zahnausfall kann zur Diagnose verhelfen.
5. Stets ist die Entfernung des ganzen Kiefers in solchen Fällen nöthig.

Zur Narkose empfiehlt Redn. für derartige Fälle den Souchon'schen Apparat.

C. M. Shields (Richmond, Va.) berichtete über: Einen Fall von Fremdkörper im Kehlkopf.

Es fand sich bei der Untersuchung eine Klette gerade in der vorderen Commissur der Glottis, mit der Längsaxe von vorn nach hinten, durch den Glottisschluss zwischen den Stimmbändern festgehalten. Die Extraction bot einige Schwierigkeit wegen der Reizbarkeit des Halses.

Charles H. Knight (New York) besprach: Drei Fälle von Neubildung im Kehlkopf.

Im ersten Falle lag ein diffuses subglottisches Myxom vor. Dasselbe wurde zum Theil vom Munde aus mit der Mackenzie'schen Zange entfernt; dann wurde unter Cocain tracheotomirt und von der Wunde aus die Radicalexstirpation vorgenommen. Die Reconvalescenz verlief ganz glatt; kein Recidiv.

Der zweite Fall war ein Larynxpapillom, das mit der Mackenzie'schen und der Schrötter-Türck'schen Zange exstirpirt wurde. Die Ansatzstelle des Tumors neben dem rechten Stimmbande wurde galvanokaustisch geätzt. Die Stimme war nach 3 Wochen wieder hergestellt, nachdem 8 Monate lang Aphonie bestanden hatte.

Im 3. Fall bestanden multiple Papillome. Dieselben wurden mit der Mackenzie'schen Zange exstirpirt. Nach 1 Jahr Recidiv; zweite Exstirpation. Wiederum Recidiv und nach 5 Jahren dritte Exstirpation.

Arthur A. Bliss (Philadelphia) berichtet über: Zwei Fälle von maligner Neubildung im Kehlkopf,

Der erste Fall betrifft einen 46jährigen Mann mit squamösem Epitheliom im Larynx. Die Symptome waren Heiserkeit, Dyspnoe und Drüsenschwellung. Der Anfang der Erkrankung lag zwei Jahre zurück.

Der zweite Fall, der ähnliche Symptome bot, wie der erste, war ein Rundzellensarkom bei einem Manne von 53 Jahren.

Henry L. Swain (New Haven) sprach über: Einen Fall von Laryngectomie nach einer neuen Methode.

Der Pat., ein Deutscher, 42 Jahre alt, hatte ein Epitheliom eines Stimmbandes, im Anschluss an ein einfaches Fibrom, das vor etwa 1 Jahre constatirt worden war. Die maligne Geschwulst wuchs und füllte bald den ganzen Larynx aus. Es wurde unter Cocain tracheotomirt und 13 Tage später der ganze Larynx exstirpirt. Eine Incision wurde gemacht vom Zungenbein bis zum Sternum und durch eine tiefe Trachealöffnung eine Trendelenburg'sche Schwammcanüle eingeführt. Ein Kreuzschnitt wurde von der Wunde bis beiderseits zum Sternocleidomastoideus geführt. Dann wurde der Larynx blosgelegt und nach Stillung der Blutung ein starkes Messer an der Vereinigung von Larynx und Trachea eingestochen. Hier wurde durchtrennt, der Larynx eingehakt und von unten nach oben lospräparirt. Die vordere Oesophaguswand wurde bis zu den Aryknorpeln erhalten; in der Gegend dieser wurde die Schnittrichtung geändert, so dass ein Theil der Arytaenoidschleimhaut und die aryepiglottischen Falten stehen blieben. Dann wurde an der Epiglottis quer abgetrennt, der Larynx losgelöst und alle blutenden Stellen unterbunden. Die Epiglottis wurde nun an die vordere Oesophagealwand genäht, so dass die Rachenhöhlung vollständig geschlossen und jede Verbindung mit der Halswunde aufgehoben war. Später wurde auch diese fest vernäht mit Ausnahme eines Stückchens in der ersten medianen Incision, in das die obersten Trachealringe eingebracht wurden. Es wurde ein trockener Verband gemacht, in die Trachea keine Canüle eingelegt. Pat. arbeitet jetzt wieder, zumeist trägt er eine Canüle.

Solis-Cohen (Philadelphia) sprach zum Schluss über: Zwei Fälle von Tumor der Epiglottis.

Dritter Tag. — 1. Juni.

W. C. Glasgow (St. Louis): Exsudative Pharyngitis.

Redn. bespricht den Fall eines 10 Monate alten kräftigen Kindes, das nach einer Erkältung über Schmerzen im Ohr klagte. Zwei Tage später trat eine Coryza mit Heufieber auf, dabei ein sehr unregelmässiges Fieber, das ganze Bild an Sepsis erinnernd. Aus der Nase ein schleimiger Ausfluss, der, wo er hinkam, Excoriationen der Haut erzeugte. Diese bedeckten sich bald mit weisslichen Häutchen. Entsprechende Veränderungen traten an den Mandeln, am Zäpfchen, dem weichen Gaumen und Rachen auf, nur nicht in der Nase. Die Flecken waren weisslich und erhaben, ihre Entfernung erzeugte keine Blutung. Dabei bestand längere Zeit Aphonie und starke Dyspnoe. Flüssigkeiten wurden zum Theil durch die Nase regurgitirt. Drüsenschwellung bestand nicht. Das nasale Secret war stark alkalisch. Behandelt wurde mit salicylsaurem Natrium und Phenol, innerlich Alkohol, äusserlich noch Wasserstoffsuperoxyd. Die lädirten Stellen der Haut wurden mit Aristol verbunden. Das Secret enthielt Streptokokken, dagegen keine Löffler'schen Bacillen.

F. J. Knight (Boston): Sängerknoten.

Kleine hirsekorngrosse Knötchen an einem oder beiden Stimmbändern etwa an der Vereinigungsstelle des mittleren und vorderen Drittels. Dieselben sind verursacht durch Ueberanstrengung der Stimme oder falsche Methodik. Die diffuse Abart derselben histologischen Bildung wird als Chorditis tuberosa oder auch Trachom der Stimmbänder bezeichnet. Die einzelnen Knötchen sind circumscripte Hypertrophien des Epithels und der submucösen Gewebe; sie enthalten keine Drüsen. Therapeutisch versprechen Ruhe und milde Adstringentien noch am ehesten Erfolg. K.'s Resultate mit diesen Mitteln waren so erhebliche, dass er das Risico schneidender Operationen nicht auf sich nehmen zu dürfen glaubte. Versagen die einfacheren Methoden, so ist Rice's Guillotine wohl erlaubt.

J. W. Gleitsman (New York) sah gute Erfolge vom Gebrauch des Galvanokauters. Auch Chromsäure und Trichloressigsäure sind nützlich.

S. W. Langmaid (Boston) beobachtete 6 oder 8 Fälle. Die Sängerknoten kommen nach ihm zumeist bei Frauen vor. Dieselben sind nicht gefässreich. Fehlerhafte Stimmbildung ist nicht so oft die Ursache wie Ueberanstrengung der Stimme. Sänger, die dem Publikum noch sehr annehmbar erscheinen, können solche Knötchen haben; dieselbe schädigen die Stimme nicht, wenigstens nicht unmittbar. Ist die Stimme aber einmal geschwächt, so bekommt sie ihre früheren Qualitäten nie ganz zurück, wenn sie auch für dramatische Partien noch ausreichen mag. Die chirurgische Behandlung braucht die Stimme nicht schädigen, wenn nicht die Ränder der Stimmbänder zu stark mitgenommen werden. Das Curettement kann ausreichen.

T. R. French betont die Nothwendigkeit lange fortgesetzter Behandlung. Einer seiner Patienten wurde 3 mal wöchentlich über $2^1/_2$ Jahre hindurch behandelt und der schliessliche Erfolg war ein ganz brillanter. Chirurgische Maassnahmen hält er nicht für indicirt.

A. W. Watson (Philadelphia) berichtet über: Einen Fall von Sarkom der Tonsille.

Die linke Tonsille war mässig geschwollen und dem vorderen Gaumenbogen adhärent. Die Umgebung war nicht infiltrirt. Am Kieferwinkel eine einzige kleine Drüse zu fühlen; das Schlucken schmerzhaft. Medicamente brachten keine Besserung, bei einer Incision fand sich kein Pus. Es wurde ein Stückchen von der Mandel zur Untersuchung excidirt und es ergab sich ein Rundzellensarkom. Sechs Wochen später wurde unter Cocain die Tonsille mittelst des galvanokaustischen Messers entfernt. Auch der adhärente Gaumenbogen wurde abgetragen. Nach 3 Wochen war die Drüsenschwellung verschwunden, das Schlucken leicht und schmerzlos. Eigenthümlich an dem Falle sind der plötzliche Ausbruch der Erkrankung, der starke Schmerz und die Dysphagie bei fehlender Infiltration der benachbarten Gewebe.

J. W. Gleitsman (New York): Werth der Frühdiagnose bei malignen Tumoren im Halse.

Es giebt gegenwärtig 3 Methoden, die in einer gewissen Anzahl von Fällen

eine Heilung versprechen, wenn nicht die Erkrankung bereits so weit vorgeschritten ist, dass nur noch die Tracheotomie möglich erscheint, um das Sterben der Patienten zu erleichtern, oder dass zum mindesten der Versuch einer Exstirpation der Geschwulst mit directer Lebensgefahr verknüpft ist.

Die erste Methode ist die endolaryngeale Operation. Kommt der Patient zeitig genug in Beobachtung, so sollte man diese Methode häufiger versuchen, als es jetzt geschieht.

Die zweite Behandlungsmöglichkeit ist die Injection von Erysipelkokken oder ihren auf kaltem Wege gewonnenen Toxinen in die maligne Geschwulst. Redner weist auch auf die Anwendung des Methylenblaues hin, das bei innerlichem Gebrauch bessere Resultate gab, als bei lokaler Application.

Der dritte Weg umfasst die eigentlichen chirurgischen Methoden. Vom Standpunkt der operativen Chirurgie können Pharynx und Larynx als Analoga von Mamma und Uterus angesehen werden. Alle Chirurgen sind darin einig, dass bei weitem die meisten Fälle von maligner Erkrankung erst in ihre Hände kommen; wenn es für die Operation zu spät ist, der Eingriff ist dann entweder ganz unmöglich oder doch ausserordentlich gewagt. Von Traumen und Sepsis abgesehen, ist der wesentlichste Faktor für die bisherigen schlechten Erfolge der chirurgischen Behandlung die Verzögerung der Operation. Nun ist die Frühdiagnose ja oft schwierig, aber ist sie einmal gestellt, dann sollte auch kein weiterer Aufschub mehr gestattet sein. Welche Operation gewählt wird, ob blosse Thyreotomie, ob partielle oder totale Laryngectomie, das ist in jedem Einzelfalle besonders zu entscheiden.

Gleitsman beobachtete selbst 13 Fälle. 6 mal war der Rachen afficirt, bei 4 Fällen fanden sich Carcinomknoten an verschiedenen Stellen, 2 mal bestand Sarkom der Tonsillen. Von den ersteren befindet sich ein vor 3 Monaten Operirter wohl, die anderen sind todt. Von den letzteren 2 war 1 inoperabel, der andere lebte nach der Exstirpation 2 Jahre ohne Recidiv und starb dann durch Suicidium, Der Larynx war in 7 Fällen erkrankt, 6 mal carcinomatös (keiner der Patienten lebt mehr) 1 mal mit alveolärem Sarkom. Letzterer lebt, soweit bekannt ohne Recidiv. Es handelte sich je 2 mal um die Laryngofissur mit Entfernung des erkrankten Gewebes, um halbseitige und totale Laryngectomie, 1 mal blos um die Tracheotomie. Der Tod erfolgte 2 mal durch Shok, 2 mal durch Pneumonie am 2. resp. 3. Tage. Ein Fall recidivirte nach 6 Monaten und starb an Erschöpfung. Von den beiden Totalexstirpationen war der eine Fall 6 Monate lang wohl und starb dann an intercurrenter Appendicitis.

Wright hält die Frühdignose für ausserordentlich schwer; selbst das Mikroskop lässt manchmal ungewiss und erst der klinische Verlauf entscheidet. Dem Werth der Streptokokken und ihrer Toxine steht W. skeptisch gegenüber.

Casselbery hält einen endolaryngealen Eingriff nicht mehr für statthaft, sobald einmal die Diagnose auf maligne Neubildung sicher gestellt ist.

W. Peyre Porcher (Charleston) sprach über: Neurasthenie des Halses mit Krankengeschichten.

Wesentlichste Symptome der Neurasthenie des Halses sind Aphonie, Reflex-

husten und ein spastischer Zustand der Kehlkopfmuskeln. In manchen dieser Fälle scheint die reizbare Schwäche des Halses der Ausgangspunkt für eine tuberculöse Invasion zu sein.

E. Fletcher Ingals (Chicago) theilt die Krankengeschichten folgender Fälle mit:

1. Cyste des Larynx. Es fand sich eine breite Schwellung im Larynx am linken Taschenband und der Plica ary-epiglottica. Die Länge der Geschwulst betrug etwa 1,5 cm, ihr seitlicher Durchmesser 1 cm. Ihre Oberfläche war glatt, die Schleimhaut darüber etwas congestionirt. Durch Resolventien wurde eine Verkleinerung nicht erzielt. Die Punction ergab eine geringe Menge halb-durchscheinender, graulicher Flüssigkeit, worauf die Geschwulst etwas einsank. Es wurden nun in mehrtägigen Intervallen Injectionen zuerst von 30proc. Milchsäurelösung gemacht; später wurde zu Carbolsäureeinspritzungen übergegangen. In Intervallen von 1 Woche wurden 8 Injectionen gemacht; gegeben wurden dabei 0,9--1,2 ccm einer 10procentigen Lösung von Carbol in Glycerin. Der Erfolg war das gänzliche Verschwinden der Schwellung. Nach 3 Monaten bestand kein Recidiv. Die Cystenwand war so dick, dass ein Einschneiden, Auskratzen oder dergl. gar nicht in Frage kommen konnte. Eine Exstirpation hätte bei dem tiefen Sitz der Affection die Entfernung eines erheblichen Theils der einen Kehlkopfhälfte erfordert.

2. Rachenmykose. Redn. beschreibt 12 Fälle dieser Krankheit. 58 pCt. der Kranken litten seit Jahren in stärkerem oder geringerem Grade an Halsschmerzen, bei 66 pCt. waren diese 4--6 Wochen vor Entdeckung der Affection besonders heftig gewesen. 3 Patienten waren dyspeptisch, bei genau der Hälfte der Fälle aber war das Allgemeinbefinden ein ungestört vortreffliches.

Bezüglich der Behandlung hält J. eine Spontanheilung nicht für unmöglich. Er selbst bevorzugt den Galvanokauter in Rothglühhitze. Er trennt zuerst die Oberfläche, drängt dann aber die Electrode noch etwa $^1/_2$ Zoll tief in die unterliegenden Gewebe ein. Auf diese Weise erzielte er in allen seinen Fällen Heilung ohne Recidive.

H. L. Wagner (San Francisco): Beitrag zum Studium der Aetiologie rheumatischer Affectionen in Folge von Mandelerkrankungen.

Redn. sieht in den Tonsillen einen Schutz des Organismus vor infectiösen Keimen. Bei Erkrankung derselben, ist der geeignete Boden für das Eindringen und Wachsthum der Microorganismen gegeben. Als Folge haben wir dann verschiedene Lähmungen (wie nach Diphtherie) und articulär-rheumatische Affectionen (z. B. nach lacunärer Tonsillitis). Es entsteht die Frage: Sind diese Zustände bedingt durch Wanderung der Staphylokokken, Pneumokokken etc. von den Mandeln in den Organismus oder bleiben diese Bacterien an ihrer ursprünglichen Wohnstätte und senden sie nur ihre Gifte aus? Wagner's Untersuchungen sprechen mehr für die erstere Annahme. Die hauptsächlich afficirten Gelenke sind die Arytaenoidgelenke im Kehlkopf, die Kniegelenke bei Schuhmachern und andern viel in knieender Haltung Beschäftigten, die kleinen Handgelenke bei

Violinisten, Schreibern u. A. In zwei Fällen mit Störungen im Kniegelenk wurde das synoviale Exsudat entleert und es fanden sich darin dieselben Microorganismen, die auch auf den erkrankten Mandeln nachzuweisen waren. In fast allen Fällen gelang der Nachweis der gleichen Keime im Urin. Die Anamnese sämmtlicher Patienten ergab keine rheumatischen Störungen vor der tonsillären Erkrankung.

Harrisson Allen (Philadelphia) demonstrirt einige Schädel von Cretins und weist auf den Zustand der Nasenhöhlen hin. Bei allen war der harte Gaumen verkürzt, der untere Nasengang vertieft, in einem Falle die Kieferhöhle stark verbreitert. Allen hält den Zustand des Cretinismus für verbreiteter in Amerika, als gewöhnlich angenommen wird.

Am Schluss der Sitzung wird John O. Roe zum Vorsitzenden für das nächste Jahr und als Versammlungsort Rochester, N.-Y., gewählt.

Lefferts.

III. Briefkasten.

Arthur E. Durham †.

Mit tiefem Bedauern geben wir unseren Lesern Kenntniss von dem am 7. Mai nach kaum dreissigstündiger Krankheit an Pneumonie erfolgten Tode Mr. Arthur Edward Durham's, eines der Pioniere der englischen Laryngologie. Wenn auch die Hauptbedeutung des Dahingeschiedenen auf dem Felde der allgemeinen Chirurgie lag, so hat ihm doch unsere Specialwissenschaft eine Reihe wichtiger Arbeiten zu danken, namentlich die Kapitel über Verletzungen des Halses und Nasen- und Kehlkopfkrankheiten in dem Holmes'schen „System of Surgery", von denen speciell dasjenige über Fremdkörper im Halse als besonders vorzüglich zu nennen ist. Vor allem aber hat die Erfindung der ausgezeichneten rechtwinkligen, mit stellbarem Schilde, innerer Gelenkcanüle und Hummerschwanzpiloten versehenen Tracheotomiecanüle, welche Durham's Namen trägt, den Hingeschiedenen in der ganzen Welt bekannt gemacht. Seine persönlichen Freunde beklagen den Verlust eines selten liebenswürdigen und gutherzigen Mannes, die englische Laryngologie das Hinscheiden eines ihrer ältesten und geachtetsten Vertreter, die allgemeine ärztliche Wissenschaft die Lücke, die der Tod eines der ersten englischen Chirurgen in ihren Kreis gerissen hat. Durham's Andenken wird in Ehren bleiben.

Zur Organisation der laryngologischen Sectionen internationaler medicinischer Congresse.

Im Laufe einer mit dem Herausgeber des Centralblatts geführten Correspondenz hat Herr Prof. V. Uchermann (Christiania) einen Vorschlag gemacht, der

uns trotz mancher technischer Schwierigkeiten, die seiner Verwirklichung in den Weg treten dürften, so beachtenswerth erscheint, dass wir wenigstens nicht verfehlen wollen, ihn den Fachgenossen zu unterbreiten. Prof. U. schreibt:

„Was ich in meinem ersten Schreiben angedeutet hatte, war, dass die laryngologische Section sich, wie die kinderärztliche, so einrichten solle, dass die Vorträge etc. durch eine für jedes Land erwählte Repräsentation passirten, bevor sie definitiv angenommen würden. Man hätte dadurch eine bessere Sicherheit dafür, dass nur bessere Sachen die Censur passirten. Ausserdem wäre eine solche Repräsentation eine praktische Institution, um Sammelforschungen über bestimmte Fragen zu Stande zu bringen."

Der diesem Vorschlag zu Grunde liegende Gedanke ist sicherlich ein guter, nur stehen, wie schon erwähnt und wie wir aus vielseitiger praktischer Erfahrung wissen, seiner Ausführung beträchtliche Schwierigkeiten gegenüber, von denen wir nur einige naheliegende nennen wollen. Zunächst: wer soll die Repräsentanten der einzelnen Länder erwählen? Doch wohl das vorbereitende Comité der laryngologischen Section desjenigen Landes, in welchem der betreffende internationale Congress abgehalten werden soll. Angesichts der internen Spaltungen aber, welche ebenso unglücklicher- wie unläugbarerweise unter den Laryngologen einzelner Länder bestehen, wird eine solche Wahl mit grösster Vorsicht zu geschehen haben, soll sie nicht das Comité dem Vorwurf der Parteilichkeit aussetzen und sehr möglicherweise eine ganze Anzahl wünschenswerther Theilnehmer der Section entfremden! — Ausserdem ist die Möglichkeit thatsächlicher Missgriffe seitens eines ausländischen Comités wirklich nicht ausgeschlossen! — Wenn man bisweilen sieht, wem die Ehre der correspondirenden Mitgliedschaft einer ausländischen Gesellschaft zu Theil wird, wer als Repräsentant einer Nation aufgefordert wird, einen einleitenden Vortrag bei grossen internationalen Discussionen zu halten etc. etc. so wird man mit Bedauern zu dem Schlusse gedrängt, dass keckes Vordrängen, Streberthum, Reclame selbst von den engeren Fachgenossen anderer Länder nicht als das erkannt werden, was sie wirklich sind, und dass die ausländischen Collegen keine Ahnung davon haben, welche Stellung die betreffenden Erwählten in ihrem eigenen Vaterlande und in der Schätzung des ärztlichen Standes ihres Heimathlandes in Wirklichkeit einnehmen! — Wir bringen diese unliebsamen Dinge hier zur Sprache, um zu zeigen, mit welcher Vorsicht das vorbereitende Comité, falls Prof. Uchermann's Vorschlag verwirklicht werden sollte, zu Werke wird gehen müssen, um nicht die Theilnahme grade solcher Collegen zu verscherzen, an welcher ihm hauptsächlich gelegen ist! — Man glaube ja nicht, dass die genannten Bedenken theoretischer Natur sind: wir könnten das Gesagte durch praktische Beispiele unterstützen, die manchen harmlosen Aussenstehenden in beträchtliches Erstaunen versetzen würden, doch wollen wir selbstverständlich nicht allgemeine Fragen in das Gebiet bedauerlicher persönlicher Dinge herabziehen. — Ganz abgesehen von diesen Bedenklichkeiten bleibt endlich noch die rein technische und jedem gewesenen Secretair in lebhafter Erinnerung stehende Schwierigkeit bestehen, dass eine ganze Anzahl wirklich werthvoller Vorträge bei allen solchen Gelegenheiten so spät angemeldet zu werden pflegt, dass es ganz unmöglich sein wird, die betreffenden Landesrepräsentanten noch hinsichtlich ihrer Annahme zu consultiren. Die früheren Anmeldungen aber einer speciellen Landescensur zu unterziehen und die späteren ohne eine solche passiren zu lassen, setzt das Comité der Section fast unausbleiblich dem Vorwurf der Parteilichkeit aus.

Wir wollen mit diesen Bedenken durchaus nicht kaltes Wasser über den uns theoretisch sympathischen Vorschlag des Collegen Uchermann schütten, sondern nur vor einer übereilten Annahme desselben warnen. Dass die Existenz einer ständigen Landesrepräsentation die Veranstaltung von Sammelforschungen erleichtern würde, scheint uns durchaus denkbar.

Gedruckt bei L. Schumacher in Berlin.

Dr. A. C. Grönbech. — XVII. Ein Fall ausgedehnten geschwürigen Verlustes der hinteren Trachealwand mit Perforation in den Oesophagus, und dabei ausbleibender Schluckpneumonie. Von Dr. Siegmund Moritz. (Hierzu Tafel XI.) — XVIII. Ein Fall von primärem Epithelialcarcinom der Oberkieferhöhle. Von Dr. Reinhard. — XIX. Zur Anatomie der Nase menschlicher Embryonen. Von Professor Dr. G. Killian. (Hierzu Tafel XII.) — XX. Zwei weitere Fälle von Kehlkopflepra. Von Dr. Paul Bergengrün. XXI. Ueber die laryngealen Erscheinungen bei einem in der Brusthöhle sich entwickelnden Aneurysma. Von Dr. Michael Grossmann. — XXII. Ein Fall von Mund-, Kieferhöhlen- und Nasentuberkulose. Von Dr. H. Neumayer. — XXIII. Ein Fall von rechtsseitiger Recurrenslähmung infolge von Aneurysma der rechten Arteria subclavia. Von Dr. Edmund Meyer. — XXIV. Ein Apparat zur Behandlung der Ozaena durch Massage. Von Dr. Hans Daae. — XXV. Ueber die Nerven der Nasenpolypen. Von Dr. Otto Kalischer. — XXVI. Die keilförmigen Knorpel des Kehlkopfs sind nicht von Wrisberg entdeckt worden und können deshalb nicht nach ihm benannt werden. Von Prof. B. Fränkel. — XXVII. Erklärung. Von Dr. A. Kuttner. — XXVIII. Bemerkung zu dem Aufsatz des Herrn A. Sokolowski: „Ein Beitrag zur Pathologie und Therapie der chronischen hypertrophischen Kehlkopfentzündung.“

Drittes Heft: XXIX. Ueber äussere Untersuchung des Kehlkopfes. Von Geh. Medicinalrath Prof. Dr. C. Gerhardt. — XXX. Ueber die sogenannten akuten Abscesse der Nasenscheidewand. (Abscessus acuti septi narium.) Von Dr. Ladislaus Wróblewski. — XXXI. Ueber Veränderung der Lippen als Folge lange bestehender Mundathmung. Von Dr. Ott. — XXXII. Ein überzähliger Zahn, welcher in der Nase gefunden wurde. Von Dr. Hans Daae. — XXXIII. Einige kurze klinische Bemerkungen zur Lehre vom Kieferhöhlenempyem. Von Dr. Avellis. — XXXIV. Zur Diagnose und Therapie der hysterischen Stummheit (Apsi-thyrie). Von Dr. Carl E. Langner. — XXXV. Ueber die Abtragung der hypertrophischen Tonsillen mittelst der elektrischen Glühschlinge. Von Dr. L. Lichtwitz. — XXXVI. Experimentelle Untersuchungen über Phonationscentren im Gehirn. Von Dr. Felix Klemperer. — XXXVII. Ueber Pharynxstricturen. Von Dr. Fleischmann und Dr. Borchard. (Hierzu Tafel XIII.) — XXXVIII. Laryngologische Irrungen. Von Dr. Arthur Kuttner. — XXXIX. Ueber die Behandlung von Nasenscheidewandverbiegungen mit der Trephine. Von Dr. Kretschmann. — XL. Ueber Verhornung des Epithels im Gebiet des Waldeyer'schen adenoiden Schlundringes und über die sogenannte Pharyngomycosis leptothricia. (Hyperkeratosis lacunaris.) Von Prof. Dr. Siebenmann. (Hierzu Tafel XIV.) — XLI. Ueber das Verhalten der Epiglottis bei einseitiger Recurrenslähmung. Von Dr. Wolfgang Roemisch. — XLII. Ein Mandelstein von ungewöhnlicher Grösse. Von Dr. Albert Rosenberg. — XLIII. Nasen-Obturator und -Inhalator. Von Dr. R. Kafemann. — XLIV. Casuistische Mittheilungen. 1. Ein Fall von Kehlkopfsarkom, complicirt mit Perichondritis. 2. Ein mit Laryngofissur behandelter Fall von Kehlkopftuberkulose. Von Dr. Alexander Baurowicz. — XLV. Aseptisches Instrumentarium für Galvanokaustik. Von Prof. Dr. B. Fränkel.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XI. Berlin, Juli. 1895. No. 13.

Wilhelm Meyer †.

Eine tief betrübende Kunde ist es, die wir unseren Lesern zu bringen haben: am 3. Juni verschied im 71. Lebensjahre zu Venedig auf einer Erholungsreise einer der bekanntesten, geehrtesten Vertreter unseres Faches, der „Vater der adenoiden Vegetationen" Wilhelm Meyer! — —

Vor ungefähr drei Monaten hatte er einen Anfall von Influenza überstanden, nach welchem er sich sehr schwach fühlte. Er trat daher, begleitet von seiner Gattin und seinen beiden Töchtern Mitte Mai eine Erholungsreise nach Italien an und hielt sich einige Zeit in Florenz auf, wo er seine Kräfte wiederzugewinnen schien. Schon war er auf der Heimreise begriffen, als er in Venedig, wo er am 26. Mai eingetroffen war, am folgenden Tage mit Erbrechen und Diarrhoe erkrankte. Er erholte sich anscheinend im Laufe der nächsten Tage, zog aber am 2. Juni einen italienischen Collegen zu Rathe, welcher Abdominaltyphus diagnosticirte. An diesem Tage waren keine bedenklichen Symptome vorhanden; am Morgen des nächsten Tages aber erfolgte schneller Kräfteverfall und um $6^1/_2$ Uhr Abends entschlief er ruhig und schmerzlos. Am folgenden Tage wurde seine Hülle in Venedig, fern von der nordischen Heimath, bestattet.

Hans Wilhelm Meyer war in Fredericia (Dänemark) am 25. October 1824 als Sohn eines Arztes geboren. Er genoss seine Erziehung in Glückstadt (Holstein) und bezog die Universität Kopenhagen im Jahre 1843. Schon im Jahre 1847 legte er sein Schlussexamen mit dem Prädikat „laudabilis et quidem egregie“ ab, und kehrte nach Glückstadt zurück, um seinem Vater in dessen Praxis zu assistiren. In den Jahren 1851—53 machte er eine medicinische Bildungsreise nach Würzburg, Prag, Wien, Montpellier, Paris, London und Edinburgh, studirte an diesen Plätzen hauptsächlich Pathologie und Therapie, und liess sich im Jahre 1853 in Kopenhagen als praktischer Arzt nieder. Allmälig aber bildete er sich — „ganz autodidaktisch“, wie er selbst zu sagen pflegte — zum Ohrenarzt aus.

Im October 1867 war es ihm beschieden, die Entdeckung zu machen, mit welcher sein Name für immerdar verbunden bleiben wird. Er hat den Fall, in welchem er zum ersten Male die Gegenwart adenoider Vegetationen constatirte, wiederholt („Hospitals-Tidende“ 1868, „Transactions of the Royal Med. and Chir. Society“ 1870 und „Archiv für Ohrenheilkunde“ 1873) beschrieben, und in den genannten drei Publikationen eine Darstellung des Leidens gegeben, welche, wenn auch in Details von späteren Beobachtern weiter ausgebaut und vervollkommnet, doch in allem Wesentlichen die Grundlage desjenigen bildet, was wir über diese so wichtige und so häufige Krankheit wissen. Zur Zeit seines Todes war er mit einem grossen Werk über adenoide Vegetationen beschäftigt, von dessen voraussichtlicher Bedeutung ein in der „Hospitals-Tidende“ im Februar dieses Jahres veröffentlichter historisch-geographischer Abschnitt: „Die Verbreitung und das Alter der adenoiden Vegetationen“, der in Kürze im Centralblatt referirt werden wird, Zeugniss ablegt. Im Uebrigen sind nur wenige Arbeiten, hauptsächlich otologischen Inhalts, aus seiner Feder erschienen. Unser Centralblatt verdankt ihm eine äusserst gründliche Besprechung der Trautmann'schen Arbeit über die Hyperplasie der Rachentonsille (Vol. III, p. 60). Sowohl seine ungemein strenge Selbstkritik, wie Ueberhäufung mit praktischer Thätigkeit verhinderten ihn an ausgedehntem literarischen Wirken.

Im Jahre 1880 wurde ihm das Ritterkreuz des Schwedischen Nordsternordens verliehen; 1884 wurde er zum Ehrendoctor der Universität Halle-Wittenberg ernannt. In demselben Jahre fungirte er

als Präsident der otologischen Section des in Kopenhagen abgehaltenen achten internationalen medicinischen Congresses. Wie sehr schon damals seine engeren Fachgenossen seine Verdienste um unser Specialfach zu schätzen wussten, beweist das in unseren Spalten (Vol. I, p. 109) abgedruckte Lied „Adenoide Vegetationen," das, von dem Dichter, Dr. J. Michael aus Hamburg, vorgetragen, mit nicht endenwollendem Jubel aufgenommen wurde. Im Jahre 1887 wurde er, obwohl nicht persönlich anwesend, zu einem der Vicepräsidenten des Washingtoner medicinischen Congresses ernannt. Im Jahre 1894 wurde er dänischer „Etatsrath," (ein Titel, der etwa dem deutschen Geheimrathstitel entspricht). Ferner war er Ehrenmitglied der Londoner laryngologischen, und der Prager czechisch-medicinischen Gesellschaft und correspondirendes Mitglied der American Laryngological Association.

Dr. Holger Mygind (Kopenhagen), dem wir die vorstehenden biographischen Notizen verdanken, schliesst seinen Bericht mit den Worten; „Dr. Meyer war unzweifelhaft in jeder Beziehung ein grosser Mann, ausgezeichnet durch brillante Geistesgaben in den verschiedensten Feldern. Für diejenigen aber, die ihm nahe standen, war seine grösste Eigenschaft sein liebevolles und gütiges Herz, das ihn zur vollsten Selbstaufopferung für andere trieb. Ein gewissenhafterer Arzt und ein treuerer Freund als er hat nie gelebt."

Jedermann, dem das Glück zu Theil geworden ist, dem Verewigten näher zu treten, wird sich diesem Urtheil aus ganzem Herzen anschliessen. Fürwahr: Wilhelm Meyer war ein grosser und ein guter Mann! Aber er war mehr als das: es ist ihm vergönnt gewesen, der leidenden Menschheit und seiner Wissenschaft eine Gabe darzubringen, die ihn zu einem der grössten Wohlthäter des Menschengeschlechts macht. Schon heute zählen diejenigen nach vielen Tausenden, wahrscheinlich nach Hunderttausenden, denen durch seine Entdeckung das schreckliche Leiden lebenslänglicher Taubheit erspart geblieben ist. Aber die Bedeutung seiner Entdeckung erstreckt sich viel weiter. Die Folgen dauernder Obstruction des Nasenrachenraumes nicht nur für das Gehör, sondern für die ganze körperliche und geistige Entwickelung sind von solcher Tragweite, dass angesichts der enormen Häufigkeit ihres Vorkommens diese Frage zu den wichtigsten der öffentlichen Gesundheitspflege und der Staatsmedicin gehört. Erst wenn man sich klar macht, dass gegenwärtig tausende und aber-

tausende von Kindern nach Entfernung dieser Obstruction zu kräftigen und geistig wohl entwickelten Individuen heranwachsen, die ohne die segensreiche Entdeckung Wilhelm Meyer's zu all' den traurigen Entwickelungshemmungen und Gesundheitsstörungen verurtheilt gewesen wären, die wir als Folgen der adenoiden Vegetatationen kennen, — erst dann sieht man die sociale Bedeutung dieser Entdeckung ein, erst dann würdigt man, dass wohl Niemandem unter den Zeitgenossen grösserer Dank für die voraussichtliche Entwickelung der „Mens sana in corpore sano" der gegenwärtig heranwachsenden und zukünftiger Generationen gebührt, als Hans Wilhelm Meyer!

Er selbst hat seinen Namen mit goldenen Lettern in die Geschichte seiner Wissenschaft eingeschrieben und ihm die Unsterblichkeit gesichert. Uns aber, den Zeugen des durch ihn angebahnten grossartigen Fortschritts dürfte es ziemen, solch' aussergewöhnlichen Verdiensten auch aussergewöhnliche Anerkennung zu zollen. Hat sich der Verblichene auch ein Denkmal gesetzt, „aere perennius", so würde es doch kommenden Geschlechtern gewiss ein schöner Beweis dafür sein, dass seine Zeitgenossen so seltene Verdienste zu ehren wussten, wenn seine Bildsäule, aus freiwilligen Beiträgen der Aerzte und dankbarer Patienten aller Länder errichtet, einen der öffentlichen Plätze der schönen Stadt zierte, in welcher er seine Entdeckung gemacht, in welcher er fast vierzig Jahre lang sein segensreiches Wirken entfaltet hat!

Als der Schreiber dieser Zeilen diesen Gedanken in einer Vorstandssitzung der Londoner laryngologischen Gesellschaft in Anregung brachte, wurde derselbe mit so einmüthigem Beifall begrüsst, dass dies ihm den Muth giebt, ihn auch unseren Lesern zu unterbreiten. In der That appellirt er an so weite Kreise, dass es nicht schwer werden sollte, ihn zu verwirklichen. Nicht nur die Laryngologen, Rhinologen, Otologen aller Länder schulden dem Manne tiefsten Dank, der den Kreis ihres Wissens und Könnens so bedeutsam erweitert hat, sondern es werden sich sicher in aller Herren Ländern zahlreiche Eltern finden, die dem Andenken des Mannes, dessen epochemachende Entdeckung ihren Kindern die Geissel dauernder Taubheit erspart, dieselben befähigt hat, zu geistig und körperlich gesunden Menschen heranzuwachsen, gern ein Scherflein ihres Dankes darbringen werden!

Darum sollte die Verwirklichung unseres Gedankens — falls der-

selbe sich des Beifalls unserer Fachgenossen erfreut — im grössten, im internationalsten Massstabe angestrebt werden. Wir besitzen in den laryngologischen und otologischen Gesellschaften der meisten Kulturländer, in den Specialzeitschriften dieser beiden Fächer natürliche Centren, denen es leicht sein wird, Sammlungen in ihren Wirkungskreisen zu veranstalten, deren Ertrag schliesslich einem internationalen Centralcomité, in dem selbstverständlich die Landsleute des Verewigten in erster Stelle vertreten sein müssten, zur Verfügung gestellt würde. Die Details der Ausführung werden späterhin leicht genug zu vereinbaren sein.

Gegenwärtig handelt es sich darum, ob unser Vorschlag allgemeinen Anklang findet. Wir unterbreiten ihn in erster Stelle den Vorsitzenden der laryngo-rhinologischen und otologischen Gesellschaften aller Länder und den Herausgebern der Specialzeitschriften dieser Fächer, von denen, falls sie ihn billigen, weitere Anregung auszugehen hätte. Auch stellen wir gern den Briefkasten des Centralblatts zu seiner weiteren Diskussion zur Verfügung.

Hans Wilhelm Meyer hat sich um uns Alle wohl verdient gemacht. Beweisen wir seinem Andenken unsere Dankbarkeit!

Felix Semon.

II. Referate.

a. Allgemeines, Parotis, äusserer Hals etc.

1) **E. Stangenberg** (Stockholm). **Beiträge zur Kenntniss von dem Zustand des Gehörorgans, der Nase und des Schlundes unserer Schulkinder. (Bidrag till kännedomen om tilstaandet hos vaara skolbarns hörselergan, näsa samt svalg.)** Stockholm. 1894. 57 S.

S. hat 2344 Kinder von 4 Schulen in Stockholm untersucht. Es zeigte sich, dass von diesen 260 (= 11,09 pCt.) diffuse Rhinitis hatten, 72 (= 3,07 pCt.) atrophische Rhinitis, 173 (= 7,38 pCt.) hypertrophische Pharynxtonsillen, 65 (= 2,77 pCt.) adenoide Vegetationen, 66 (= 2,81 pCt.) diffuse Pharyngitis, 31 (= 1,32 pCt.) trockene Pharyngitis, 1178 (= 50,25 pCt.) granuläre Pharyngitis und 351 (= 14,98 pCt.) Mandelhypertrophie.

Verf. beschäftigt sich in seiner interessanten und fleissigen Arbeit mit den Beziehungen zwischen den Krankheiten der Nase und des Schlundes und den Krankheiten des Mittelohres. SCHMIEGELOW.

2) **Ferrand** (Paris). **Ein Fall von Mumps mit Complicationen. (Un cas d'oreillons compliqué.)** *Soc. méd. des hôpitaux. 9. März 1894.*

Der 27jährige Patient mit doppelseitiger acuter Parotitis bekam eine Orchitis, ausserdem mercurielle Stomatitis und cerebrale Erscheinungen alkoholischen Ursprungs. LUC.

3) **W. Creswell. Parotitis mit metastatischer Orchitis. (Parotiditis with metastatic orchitis.)** *Birmingham Med. Review. II. 1894. p. 234.*

Ein Jüngling von 17 Jahren hatte doppelseitige Parotitis. Nach 4 Tagen Besserung, dann aber Schmerzen im rechten Hoden; Erbrechen mit Delirien. Hoden geschwollen und roth, aber nicht schmerzhaft auf Druck. Nach 4 Tagen war der Hoden wieder normal. ADOLPH BRONNER.

4) **J. Neumann** (Wien). **Ueber Syphilis der Parotis und der Glandula sublingualis.** *Arch. f. Dermatol. u. Syphil. 1894. XXIX.*

In 5 Fällen (4 Weiber, 1 Mann) war die Parotis beiderseits, in einem sechsten war die Glandula subling. und die Nuhn'sche Drüse afficirt.

Für die Parotitis syphilit. spricht der langsame schleichende Verlauf der Affection, ihre geringe Schmerzhaftigkeit, die derbe Consistenz der am Unterkieferwinkel unverschieblichen Geschwulst, die mangelnde Tendenz zur Vereiterung und der Erfolg der antisyphilitischen Behandlung. Ebenso spricht für die entsprechende Erkrankung der Glandula submaxill. und subling. die derbe Consistenz, geringe Empfindlichkeit und der Mangel acuter Entzündungserscheinungen.

Die Nuhn'sche Drüse war in dem von N. beobachteten Falle fast haselnussgross, ihr Ausführungsgang war erweitert, für eine dünne Sonde passirbar; die Secretion erschien vermehrt. A. ROSENBERG.

5) **D. Popescu** (Floroschti). **Angeborene einkammerige seröse Unterhautcyste in der linken Ohrspeicheldrüsengegend. Bemerkungen über die Entwickelung und Behandlung derartiger Cysten. (Kist seros sub-cutanat unilocular congenital in reginnea parotidiana stanga. Consideratiuni asupra evolutiunei si tratamentului acostor kiste.)** *Spitalul. 1894. No. 20.*

Es handelt sich um ein 5 Wochen altes Mädchen; Behandlung mit Punction und Einspritzen von Jodtinctur. SENTINON.

6) **Zoeppritz. Ueber multilokuläre Kiemengangcysten.** *Beitr. z. klin. Chirurg. 1894. XII.*

Genaue makro- und mikroskopische Beschreibung eines in der Bruns'schen Klinik in Tübingen beobachteten Falls. A. ROSENBERG.

7) **K. Takahashi. Ein Fall von breitem Angiom am Halse.** *Sei-i-Kwai M. J. Tokyo. 1894. p. 9.*

Nicht zugänglich. SENTINON.

8) **W. Wheeler. Hydrocele des Halses. (Hydrocele of the neck.)** *Dublin Journal of Med. Science. November 1894.*

Fünf Fälle (mit Abbildungen) werden beschrieben; ausserdem wird ausführliche Casuistik mitgetheilt.

Injectionen in die Cyste und Auskratzen derselben werden empfohlen, die Excision nur für die Fälle, in denen die Cyste klein ist und auch dann nur als „dernier ressort".

ADOLPH BRONNER.

9) **J. Dunn. Der Hals der Wärter. Man untersuche bei Krankenpflegern die lymphatischen Gebilde im Halse. (The nurse's throat. — Examine the lymphatic areas of the throat of nurses.)** *Virginia Medical Monthly. December 1894.*

Man soll nach D.'s Ansicht Niemand als Krankenpfleger bei Kindern einstellen, der vergrösserte Mandeln, sei es Schlund-, Zungen- oder Nasenrachentonsillen hat.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

10) **Mc Call Anderson** (Glasgow). **Klinisch bemerkenswerthe Fälle. (Clinical memoranda.)** *Glasgow Med. Journal. December 1894.*

Unter den aufgeführten Fällen findet sich eine Bulbärparalyse, bei der der Kehlkopf normal war.

P. M'BRIDE.

11) **Haiech. Influenza bei Kindern. (Influenza nei bambini.)** *Gazz. degl. Osp. 1894. No. 3.*

H.'s Arbeit beschäftigt sich besonders mit bacteriologischen Fragen, betreffend den Pfeiffer'schen Bacillus, worüber es unmöglich ist, kurz zu referiren.

TOTI.

12) **Braun** (Bolkenhain). **Bemerkungen über Influenza.** *Zeitschr. f. Medicinalbeamte. Januar 1894.*

Nichts Bemerkenswerthes.

A. ROSENBERG.

13) **Josias. Zufälle nach Salol-Gebrauch. (Accidents dûs au salol.)** *Soc. de thérap. 14. März 1894.*

Nichts Besonderes.

LUC.

14) **W. K. Fyffe. Das Kreosot und seine Wirkung auf die Virulenz des Tuberkelbacillus. (The effect of creosote on the virulence of the tubercle bacillus.)** *Lancet. 22. September 1894.*

Patienten mit Lungenphthise im Anfangsstadium wurden mit Kreosotinhalationen, oder innerlich mit Kreosot oder Kreosotdämpfen behandelt. Ihr Sputum wurde Meerschweinchen injicirt; es stellte sich heraus, dass im ersten Falle die Virulenz der Bacillen im Sputum durch die Behandlung nicht verändert wurde. Im zweiten Falle nahm die Virulenz ab, und zwar um so mehr, je mehr Kreosot gegeben wurde: 12 Tropfen per diem war die grösste Dosis. Im dritten Falle nahm die Virulenz auch sehr stark ab. Dann wurde Kreosot Meerschweinchen injicirt, denen vorher Tuberkelbacillen injicirt waran. Es stellte sich heraus, dass

wenn das Kreosot früh genug injicirt wurde, es einen hemmenden Effect auf den Verlauf der Krankheit hatte.

ADOLPH BRONNER.

15) **X. Respire-Regenerator. Eine Inhalationsmaschine.** [Quelle? Red.]

In einen Blechcylinder von 1 oder 2 Liter Capacität wird ein Glas mit dem Medicament gestellt. Am Cylinder ist ein langes Kautschukmundstück befestigt. Der Apparat kann mit oder ohne heisses Wasser benutzt werden.

Zu beziehen durch Ingram, Hackney Wick.

ADOLPH BRONNER.

16) **J. Madison Taylor. Ein Gesichtsschutz zur Untersuchung infectiös erkrankter Hälse. (A face guard for examining infectious throats.)** *Philad. Med. News. 29. December 1894.*

Der Schutz besteht aus einem planen Glase in dünner Metallfassung. Das Ganze hat die Grösse 5 : 8 Zoll, so dass es gerade das Gesicht deckt, aber doch nicht zu gross ist, um in einer gewöhnlichen Instrumententasche Platz zu finden. Das Glas ist zur gründlicheren Reinigung leicht aus dem Metallrahmen herauszunehmen; auch kann man das Ganze im Sterilisirungsapparat desinficiren.

LEFFERTS.

17) **Hugo Bergeat. Stirnreif aus Hartgummi als Reflectorträger; Gegenschraube an der Gelenkvorrichtung. Vorrichtung gegen das Beschmutzen des Reflectors beim Gebrauche. Verwendung von ungeschwärztem Aluminium auch am Spiegelgehäuse.** *Archiv f. Laryngol. u. Rhinol. Bd. I. H. 3.*

Beschreibung und Abbildung des Apparates, der bei H. Pfau (Berlin, Dorotheenstr. 67) zu beziehen ist.

F. KLEMPERER.

18) **William A. Martin. Eine neue Schlinge. (A new snare.)** *N. Y. Medical Record. 20. October 1894.*

Originell an dem Instrument ist nur die Form des Handgriffs. Derselbe gestattet ein Zuziehen der Schlinge, ohne dass dabei das Gesichtsfeld durch die Hand des Operateurs verlegt wird. Ein dem Artikel beigegebener Holzschnitt veranschaulicht das Instrument und die mannigfachen Vorzüge, die M. ihm nachrühmt.

LEFFERTS.

19) **Hopmann** (Köln). **Aseptische Halsspiegel.** *Deutsche medic. Wochenschrift. 1894. No. 9.*

Beschreibung der von H. construirten Spiegel, die bei C. Hilgers, Köln, Friesenstrasse 63 zu haben sind.

LANDGRAF.

20) **Ziem. Ueber Metallspiegel.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. etc. No. 6. 1894.*

Empfehlung vernickelter Metallspiegel, die abgerieben und durch Kochen gut desinficirt werden können.

SCHECH.

b. Nase und Nasenrachenraum.

21) **Cabanes. Die Nase in Zola's Werken. (Le nez dans l'oeuvre de Zola.)** *Gaz. de hôpitaux Paris. 1894. p. 425.*

Eine belletristische Arbeit; dem Arzte nichts Neues darbietend.

A. CARTAZ.

22) **D. B. Delavan. Krankheiten der Nase und des Halses. (Diseases of the nose and throat.)** *N. Y. Polyclinic. October 1894.*

Anfangsvorlesung, gehalten an der N. Y. Polyclinic im September 1894; etwas Besonderes aus derselben wäre nicht zu erwähnen.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

23) **Nagel. Geruchs- und Geschmackssinn.** *Biol. Centralbl. 1894.*

Dem Referenten nicht zugänglich. SEIFERT.

24) **Stasinski** (Konarzewo). **Beiträge zur Physiologie des Geruchsinnes.** Dissert. Würzburg. 1894.

Verf. hat eine Reihe von Untersuchungen an sich selbst angestellt und zwar in erster Linie solche über die Wirkung verschieden procentiger Salzlösungen auf die Geruchsschärfe. Aus diesen Versuchen geht hervor, dass mehr als 7,5—8proc. Kochsalzlösungen die Perception nicht nur nicht schwächen, sondern wahrscheinlich sie noch begünstigen, indem sie die Schleimsekretion anregen. Durch Zufall constatirte der Verf., dass Quecksilberpräparate, mit der Regio olfactoria in Contact gebracht, die Geruchsempfindung verändern, wahrscheinlich werden dieselben von der Riechschleimhaut absorbirt und veranlassen daselbst einen chemischen Process, der seinerseits eine mehr oder weniger andauernde Veränderung der Sekretionsflüssigkeit bewirkt.

Versuche mit einer 1proc. Atropinlösung (Einpinselung in die Nase) führten zu einer Atropinvergiftung, aus deren Symptomenreihe eine wesentliche Herabsetzung der Geruchsschärfe hervorzuheben ist, welche Verf. lediglich durch Hemmung der Sekretion bedingt erklärt. SEIFERT.

25) **Gradenigo. Die Bedeutung der Untersuchung des Geruchssinnes als diagnostisches Hilfsmittel bei gewissen Nasen- und Ohrenleiden. (Sur l'importance de l'examen du sens olfactif comme moyen de diagnostic dans certaines affections nasales et auriculaires.)** *Annales des mal. de l'oreille etc. No. 8. August 1894.*

G. bedauert, dass die Geruchsprüfung seitens der Rhinologen so vernachlässigt wird. Er hält sie für ein wesentliches diagnostisches Hilfsmittel bei gewissen Rhinitiden, bei denen die objective Prüfung ein Resultat nicht giebt. Auch kann sie bei gewissen schweren Gehörstörungen den Ursprung des Leidens im Nasenrachenraum nachweisen. E. J. MOURE.

26) **D'Ambrosio. Nasendeformität. (Deformità del naso.)** *Rif. Med. 1894. II. 699.*

Die Schrift beschäftigt sich mit der Rhinoplastik und hat rein chirurgisches Interesse.

TOTI.

27) **Scarenzio. Ueber Rhinoplastik. (Sulla rinoplastica.)** *Gazz. med. Lombarda. 1894. No. 32.*

Rein chirurgische Ausführungen.

TOTI.

28) **L. Batut. Die Rouge'sche Operation und ihre Indicationen. (De l'opération de Rouge et de ses indications.)** *Annales des maladies de l'oreille. No. 3. März 1894.*

Unter allen sogenannten vorbereitenden Operationen, deren Zweck es ist, für einen chirurgischen Eingriff in der Nase Platz und Licht zu schaffen, gilt dem Verf. die Rouge'sche als die beste. Er beschreibt ihre Technik und empfiehlt sie 1. um die Stelle der Läsion zu erreichen bei verschiedenen Affectionen, wie Neoplasmen, syphilitischen Sequestern, tuberculösen Ulcerationen in der Nase, Verbiegungen des Septums etc.; 2. als Vorbereitung für Operationen an den Nasenhöhlen; 3. schliesslich zur genauen und vollständigen Exploration der Nasenhöhle.

Interessante Beobachtungen des Verf.'s illustriren diese Bemerkungen.

E. J. MOURE.

29) **E. Küster. Rhinoplastik.** *Bericht über d. Verhdl. d. deutsch. Gesellsch. f. Chirurgie. 1894.*

Ref. nicht zugänglich.

A. ROSENBERG.

30) **Chaput** (Paris). **Autoplastik der Nase. (Autoplastie du nez.)** *Soc. de chir. 19. December 1894.*

Dem von C. vorgestellten Mädchen war die Nase zusammengestürzt in Folge von Lues. Die Toleranz gegenüber der von ihm angewandten Stütze schreibt Verf. dem Umstande zu, dass dieselbe nicht wie bei der Martin'schen Methode unter der Schleimhaut, sondern zwischen der Haut und den Weichtheilen eingelegt wird.

LUC.

31) **F. J. Rumbold. Die Beziehung chronischer Nasenentzündung zur sogen. nervösen Abgeschlagenheit, oder die Folgen von Excessen. (Relation of chronic nasal inflammation to so-called nervous prostration; or the result of excesses.)** *Trans. Med. Society California. 1894. p. 265.*

Nichts Erwähnenswerthes.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

32) **V. Cozzolino. Degenerative foetide saprophytische Keratosis oder Ozaena. (Keratose dégénerative fetide saprophytique ou ozène.)** *Annal. des Malad. de l'oreille etc. April 1894.*

Der Verf. schliesst sich der Meinung an, dass das eigentliche Wesen der Ozaena eine Dystrophie sui generis der Nasenschleimhaut ist, die in der Schleimhaut beginnend später auf den Knochen übergreift. Er hält den Process für eine specifische Keratose, nicht für das Resultat einer Rhinitis atrophicans. Für das

einzige aussichtsvolle Mittel hält er eine örtliche chirurgische Behandlung und zwar in dem Sinne, die Sclerosirung möglichst zu begünstigen.

E. J. MOURE.

33) **M. Saenger** (Magdeburg). **Ueber die mechanische Disposition zur Ozaena.** *Therap. Monatsh. 1894. October.*

Zwischen Ozaena und abnormer Geräumigkeit des Naseninnern besteht ein derartiges causales Abhängigkeitsverhältniss, dass letztere ein das Entstehen und Bestehen der ersteren sehr begünstigendes Moment bildet und zwar in Folge der abnorm geringen Intensität, welche die respiratorischen Schwankungen des Luftdrucks in abnorm weiten Nasenhöhlen besitzen, sowie durch die davon abhängige ungünstige Beeinflussung der Circulation und Secretion in solchen Nasenhöhlen.

Um die Intensität der respiratorischen Luftdruckschwankungen zu steigern legt S. den Ozaenapatienten seinen „Nasenobturator" ein, der aus einer Uförmig gebogenen Uhrfeder besteht, die ihrerseits an ihren Schenkelenden je eine rechtwinklig angelöthete Zinnplatte trägt. Diese werden für jede Nase entsprechend zugeschnitten, so dass sie in dem Naseninnern liegend die Athmung nicht geniren. Der Apparat wird in der Nase festgehalten, indem die Uhrfeder am Septum festgeklemmt wird.

M. ist mit seinen so erzielten therapeutischen Erfolgen sehr zu frieden.

A. ROSENBERG.

34) **P. Tissier. Rhinitis atrophicans. (Rhinite atrophique.)** *Annal. des malad. de l'oreille etc. No. 10. October 1894.*

Man darf die Bezeichnung Ozaena mit der Rhinitis atrophicans nicht einfach zusammen werfen; beides sind scharf von einander geschiedene pathologische Processe. T. giebt in der vorliegenden Arbeit eine sorgfältige Studie über die localisirte atrophische Rhinitis und über die generalisirte Form derselben.

E. J. MOURE.

35) **H. Daae** (Christiania). **Ozaena und ihre Behandlung. (Ozaena og dens Behandling.)** *Forhdl. i det norske medic. Selskab. 1894. S. 76.*

Ein Orientirungs-Vortrag über den Stand unseres gegenwärtigen Wissens in Beziehung auf die Rhinitis atrophicans (s. übrigens Archiv f. Laryngologie II. Bd.)

SCHMIEGELOW.

36) **Jos. A. Gibb. Stearinsaures Zink bei der Behandlung der atrophischen Rhinitis. (Zinc stearate in the treatment of atrophic rhinitis.)** *Philad. Med. News. 8. December 1894.*

Die Absicht der Behandlung ist, eine Drogue reizender Natur zu geben, um die in verkehrter Richtung arbeitenden Schleimdrüsen zu erhöhter Activität anzuregen und, wenn möglich, den Regenerationsprocess des zerstörten Gewebes zu unterstützen. Als Stimulans für die Aufnahme des stearinsauren Zinks wurde Europhen gewählt. Nach vorhergehender Reinigung wird ein Pulver von stearinsaurem Zink mit Europhen 25 pCt. mittelst des Insufflators in die Nasenhöhle eingeblasen, so dass mittlere und untere Muschel, sowie das Septum mit einer dünnen Schicht des Pulvers bedeckt sind.

LEFFERTS.

37) **Thibierge** (Paris). **Syphilitischer Schanker der Nasenschleimhaut. (Chancre syphilitique de la muqueuse nasale.)** *Gazette hebdom. de méd. et de chirurgie. 1894. p. 198.*

Die Läsion, erkannt an der harten Basis und der harten Schwellung der Parotis und der submaxillären Drüsen, sass an der Innenseite des linken Nasenlochs und war von erysipelartiger Schwellung und Röthung der benachbarten Gesichtspartie begleitet. Die Diagnose fand ihre Bestätigung durch das Auftreten von Secundärerscheinungen. LUC.

38) **A. Jerwant. Syphilom der rechten Nasenhöhle. (Sifiloma della fossa nasale destra.)** *Arch. ital. di Lar. 1894. No. 3.*

Das Geschwür sass auf der oberen Hälfte des viereckigen Knorpels. Es hatte unregelmässige Ränder, blutete leicht und fühlte sich ziemlich hart an.

Bald nach der ersten Untersuchung zeigten sich die anderen Symptome der luetischen Infection. Der Mann der Patientin war auch syphilitisch, und letztere hatte sich dadurch inficirt, dass sie die Gewohnheit hatte, ihre Finger in des Mannes Mund und in ihre eigenen Nasenhöhlen einzuführen. TOTI.

39) **Frank** (Darmstadt). **Ueber syphilitische Tumoren der Nase.** Dissert. Strassburg. 1894.

Aus der Klinik von Kuhn theilt Fr. 3 Fälle von specifischen (syphilitischen) Tumoren der Nase mit, welche anfangs für Sarcome gehalten worden waren, doch liess die mikroskopische Untersuchung und der mit Jodkali erreichte Erfolg sehr bald die Diagnose Syphilom stellen. In den beiden ersten Fällen gingen die Tumoren vom Septum aus, im dritten Falle (12jähriges Mädchen) füllten längliche, ziemlich derbe Tumoren beide Nasenhöhlen vollständig aus. Bei der mikroskopischen Untersuchung fanden sich die Geschwülste aus einem sehr zellreichen Gewebe zusammengesetzt, mit mässigem Gefässreichthume. SEIFERT.

40) **Lacoarret. Die tertiäre Syphilis der Nase beim Kinde. (De la syphilis tertiaire du nez chez l'enfant.)** *Ann. de la Policlinique de Toulouse. No. 8. October 1894.*

Am häufigsten zwischen dem 9. und 15. Jahre manifestirt sich diese Form der Syphilis frühzeitig durch hypertrophische Rhinitis mit Exostosen und Ecchondrosen (seltene Fälle) und später durch atrophische ozaenöse Rhinitis und durch Gummiknoten (häufigere Fälle). E. J. MOURE.

41) **Varela Zequeira** (Habana). **Lupus der Nase. Ausschneidung und Aetzung. Heilung. (Lupus de la nariz. Excisión y escarificaciones con el termocauterio. Curación.)** *El Progreso médico u. Rev. de med. y cir. práct. 1894. No. 431. 7. Juni.*

Es handelt sich um einen 46jährigen Mann, dessen rechter Nasenflügel im Laufe von 5 Jahren von Lupus ergriffen war, der sich dann bis zum Augenlid erstreckte. SENTINON.

42) **Walker Downie** (Gasgow). **Ein Fall von Lupus der Nase und des Halses im Frühstadium. (A case of lupus of the nose and throat in on early stage.)** *Glasgow Med. Journal. December 1894.*

Vorstellung des Patienten. P. MC BRIDE.

43) **Miot. Schweres Nasenbluten. (Epistaxis grave.)** *Revue de laryngol. etc. No. 11. 1. Juni 1894.*

Verf. empfiehlt die Einführung der positiven Electrode in die erectilen Tumoren oder varicösen Gewebe der Nasenschleimhaut, um Gerinnung des Blutes herbeizuführen. Er führt mehrere Fälle an, in denen diese Methode ihm Erfolg brachte. E. J. MOURE.

44) **T. L. Stillman. Blutung aus Nase und Hals. (Hemorrhage from the nose and throat.)** *Columbus Med. Journal. 24. Juli 1894.*

Nichts Neues. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

45) **Dionisio. Therapie der Nasenblutungen. (Torapia delle emorragie nasali.)** *Gazz. med. di Tor. 1894. p. 241.*

Siehe die Verhandlungen des Internationalen Congresses in Rom. TOTI.

46) **Redact. Notiz. Die Behandlung des Nasenblutens. (The treatment of bleeding from the nose.)** *N. Y. Med. Journal. 17. November 1894.*

Ein Auszug aus dem Artikel von Baumgarten in der Revue internationale de Rhinologie, Otologie et Laryngologie vom 10. August 1894. LEFFERTS.

47) **G. Sterling** (Paris). **Ueber spontanes Nasenbluten und dessen Behandlung. (De las epistaxis espontáneas y su tratamiento.)** *Crónica médico-quirúrgica de la Habana. 1894. No. 4.*

Die beste Behandlung des Nasenblutens ist in allen Fällen die Aetzung des blutenden Gefässes mit geschmolzenem Silbersalpeter, wie selbige in Paris auf der Martin-Barlon'schen Klinik geübt wird. SENTINON.

48) **L. J. Lauterbach. Die Nase als häufig nicht erkannte Krankheitsursache. (The nose as a frequently unrecognized cause of disease.)** *Denver Medical Times. November 1894.*

Zu den Organen, auf die nasale Erkrankung einen störenden Einfluss auszuüben vermag, gehören die Luftwege, der Magen, der Darmcanal, besonders bei Kindern, ferner Ohren, Augen, Haut und Gehirn. Verf. illustrirt diese Verhältnisse durch eine Reihe von Krankengeschichten. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

49) **W. Carter. Septische und Autointoxicationen als Ursache von Krankheiten. (On septic and auto-intoxications as causes of disease.)** Verlag von T. Dobb. Liverpool. 1894.

Verschiedene Fälle werden erwähnt, von denen 3 nasalen Ursprungs sind.

I. Ein Knabe von 12 Jahren, seit 8 Tagen krank, mit Tonsillitis und Ohrenschmerzen. Nachdem Hals und Ohr curirt sind, dauerten Fieber und Ema-

ciation fort, so dass Patient nach 6 Wochen dem Tode nahe schien. Zwei kleine Geschwüre wurden am Nasenseptum gefunden. Die Nase wurde nun mit Borsäure ausgespritzt und augenblicklich schwand das Fieber; der Knabe genas.

II. Aelterer Herr, seit einigen Monaten krank, machte eine Seereise, auf der sein Zustand schlimmer wurde. Starkes Erbrechen und Icterus. Der Allgemeinzustand höchst bedrohlich. Ulceration der Nase (?) gefunden, antiseptische Irrigation. Genesung.

III. Arzt, seit Monaten krank. Abends Fieber, Krämpfe der Waden und Füsse, Geschwüre in der Nase und am After gefunden. Nase irrigirt, Heilung.

ADOLPH BRONNER.

50) **H. W. Loeb. Ein paar charakteristische Fälle von nasalem Kopfschmerz. (Some illustrative cases of nasal headache.)** *Med. Mirror. Mai 1894.*

Nichts Bemerkenswerthes. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

51) **Mondrogora. Nasenasthma. (Asma reflesso dal naso.)** *Puglia Medica. 1894. No. 6—7.*

Die Asthma erregende Nasenkrankheit bestand in einer hypertrophischen Rhinitis. Das Asthma verschwand mit der Beseitigung der Nasenhypertrophie.

TOTI.

52) **F. Arnstein. Beitrag zur rhino-chirurgischen Behandlung des Asthma bronchiale. (Przyczynek do sprawy leczenia dychawicy oskrzelowej za pomoca zabiegón rynologicznych.)** *Medycyna. 18. 19. 1894.*

Verf. hat 10 Fälle von Bronchialasthma resultatlos rhinologisch behandelt und bestreitet daraufhin den Zusammenhang dieses Leidens mit Erkrankungen der Nasenhöhlen; er betrachtet das Bronchial-Asthma als eine allgemeine Neurose und plaidirt für eine allgemeine Therapie. A. v. SOKOLOWSKI.

53) **W. J. Freeman. Die Cartilago quadrangularis der Nasenscheidewand; fälschlich Triangularis genannt. (The quadrangular cartilage of the septum, mis-called the triangular.)** *University Med. Magazine. November 1894.*

Verf. weist an einer Reihe von Diagrammen nach, dass der Theil des Septum, den man als Cartilago triangularis bezeichnet, thatsächlich von viereckiger Gestalt ist. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

54) **A. Coolidge. Deformitäten der knorpligen Nasenscheidewand. (Deformities of the septal cartilage.)** *Boston Med. and Surg. Journal. 16. August 1894.*

Nichts Bemerkenswerthes. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

55) **W. L. Ballenger. Electrolyse zur Behandlung von Deviationen, Spinen und Excrescenzen der Nasenscheidewand. (Electrolysis as a treatment for deviations, spines and ridges of the nasal septum.)** *Journal Am. Med. Assoc. 10. November 1894.*

Bericht über 3 Fälle, die mittelst der monopolaren Methode geheilt wurden.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

56) **Zwillinger** (Budapest). **Das runde perforirende Geschwür der Nasenscheidewand. (Az orrsövény kőralakú átfuró fekélye.)** Vortrag, gehalten auf der Wanderversammlung ungarischer Naturforscher und Aerzte. — *Gyógyászat. 1894. 39 sz.*

Z. betont die Wichtigkeit der Kenntniss dieses Zustandes für den praktischen Arzt wegen eventueller Verwechslung mit Lues. Er hat sechs hierher gehörige Fälle beobachtet, von welchen besonders erwähnenswerth der eine ist, bei dem ein kreuzergrosser Defect der Schleimhaut und des Knorpels der einen Seite, bei intacter Schleimhaut der anderen Seite vorhanden war. Die Entstehung der Perforation führt er nach Hajek auf ein frisches bestehendes hämorrhagisches Ulcus und auf die von Zuckerkandl beschriebene Xanthose zurück, welche der Infection Vorschub leistet; diese verursacht dann den necrotischen Vorgang, aus welchem schliesslich die Perforation resultirt. Als praedisponirendes Moment nimmt Z. die Zugänglichkeit für Verletzungen der für die Perforation charakteristischen Stelle am vorderen Theile der knorpeligen Nasenscheidewand an. v. NAVRATIL.

57) **Adolph Rupp. Perforationen der Nasenscheidewand; ihre Aetiologie, klinische Bedeutung und Therapie. (Perforations of the nasal septum; etiology, clinical significance and treatment.)** *N. Y. Med. Record. 22. December 1894.*

In seiner ausführlichen und werthvollen Arbeit legt Verf. dem Studium der Perforationen der Nasenscheidewand nach ihrer verschiedenen Aetiologie folgende Eintheilung zu Grunde. 5 Ursachen kommen in Frage, nämlich: 1. Congenitale oder Entwicklungsstörungen. 2. Traumen. 3. Per contiguitatem sich fortpflanzende pathologische Processe. 4. Krankheiten, die specifische locale und allgemeine Veränderungen erzeugen, wie Syphilis, Tuberkulose, Lupus, Scrophulose, Rheumatismus, Diphtherie, Fieber etc. 5. Locale entzündliche und ähnliche Processe.

Nach eingehender Besprechung dieser Ursachen kommt Verf. zu folgenden Schlüssen:

Die erfolgreiche Behandlung von Ulcerationen erfordert vor allem einmal die Beseitigung der ursächlichen pathologischen Einflüsse; dann die Herstellung der günstigsten Bedingungen — durch lokale und allgemeine Medication — zur Anregung der regenerativen Kräfte der lokalen Gewebe, die einen Defect auszugleichen haben. Ohne dies ist eine Heilung nicht möglich.

Die Erfahrung aller Beobachter lehrt, dass eine Differenzirung einfacher perforirender Ulcera und einfacher Perforationen von solchen, die auf syphilitischer Basis sich entwickelt haben, durch das blosse klinische Bild nicht immer möglich ist. In diesem Falle wird eine specifische Cur mit Quecksilber, Jodkali etc. Aufschluss bringen. LEFFERTS.

58) **P. de Santi. Papillom des Nasenseptums bei einem Manne von 82 Jahren, verbunden mit Epitheliom der Nase; Bemerkungen über Nasenpapillome. (Papilloma of the septum nasi in a man aged 82 years, complicated with rodent ulcer of the nose; some remarks on nasal papillomata.)** *Lancet. 8. December 1894.*

Das Papillom wurde vor 5 Jahren zuerst bemerkt und füllte jetzt die linke

Nase aus. Es bestand übelriechender Ausfluss. Der Tumor wurde mit der Scheere entfernt und der Stiel gebrannt. Mikroskopischer Befund und kurzer Literaturbericht.

ADOLPH BRONNER.

59) **A. C. Getchell. Blutung nach Operationen am Nasenseptum. (Hemorrhage after operations on the nasal septum.)** *Boston Medical and Surgical Journal. 5. Juli 1894.*

Verf. zeigt an 4 Fällen, dass solche Blutungen vorkommen und recht bedrohlich werden können.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

60) **J. O. Jury. Erfolgreiche Einsetzung einer künstlichen Nasenscheidewand. (A successful artificial septum nasi.)** *St. Louis Med. and Surg. Journal. September 1894.*

Dem Patienten war durch syphilitische Processe ein erhebliches Stück des Septum zerstört worden. J., der Dentist ist, ersetzte den Defect mit vielem Geschick durch ein künstliches Septum aus vulcanisirtem Hartgummi. Der Patient kann die Platte entfernen, reinigen und wieder einlegen; er trägt sie seit 7 Monaten.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

61) **Wyatt Wingrave. Varicöse Schwellung der Schleimhaut des hinteren Theiles der unteren Muschel. (Turbinal varix.)** *Journal of Laryngology. December 1894.*

Verf. macht darauf aufmerksam, dass man Muskelfasern in den Wänden der venösen Räume findet. Die Schwellung wird mit einer Art Ringmesser mit Griff entfernt; Cocain wird vorher applicirt. Man soll den Pat. 4 Tage nach der Operation im Bette lassen. Blutungen können bis zum 14. Tage (?) auftreten. Im Central London Throat Hospital sind 200 (?) Fälle operirt worden.

Abbildung des Instrumentes.

ADOLPH BRONNER.

62) **W. Robertson. Cystengeschwulst der vorderen Nase. (Cystic tumour of the anterior nares.)** *Lancet. 3. November 1894.*

Eine Frau von 36 Jahren hatte eine wallnussgrosse fluctuirende Geschwulst an der linken Nasenseite. Dieselbe war vom Mund und von der linken Seite der Nase aus zu fühlen. Sie wurde vom Munde aus entfernt. Nach 2 Jahren zeigte sich eine ähnliche, etwas kleinere Geschwulst an der rechten Seite; auch diese wurde entfernt.

ADOLPH BRONNER.

63) **Secretan. Das Rhinosclerom in der Schweiz. (Le rhinosclerome en Suisse.)** *Annal. des malad. de l'oreille etc. No. 7. Juli 1894.*

Aus zwei Beobachtungen, die er des Längeren wiedergiebt, zieht Verf. folgende Schlüsse: Das Sklerom der Schleimhaut der Athemwege kommt, wenn auch selten, in der Schweiz vor. Die beobachteten Fälle stammen aus den Hochalpen und einem sehr trockenen Klima. Die Gegenwart des Frisch'schen Bacillus wurde constatirt. Die parasitäre Natur der Erkrankung scheint eine Bestätigung darin zu finden, dass der eine der beiden beobachteten Fälle die Krankheit dem anderen durch Contagion übertrug. Die in der Schweiz beobachtete Form der Krankheit

ist die diffuse. Die Behandlung der Kehlkopfstenose war eine doppelte: 1. Abtragung stärkerer Verdickungen und 2. Dilatation der Narben durch die Intubation. Der Erfolg war ein vollständig befriedigender. E. J. MOURE.

64) **Castex. Zwei Fälle von Rhinosclerom. (Sur deux cas de rhinosclérome.)** *Revue de laryngol. etc. No. 14. 15. Juli 1894.*

Verf. spricht über die Häufigkeit dieses Leidens in manchen Gegenden von Amerika und über seine Pathogenese. Der Frisch'sche Bacillus, der ihm zu Grunde liegt, soll nach Alvarez viel Aehnlichkeit haben mit dem Bakterium, das durch Fermentation von Indigofera tinctoria das Indigo bildet.

E. J. MOURE.

65) **Kayser** (Breslau). **Ueber Rhinosclerom.** *71. Ber. d. Schles. Gesellsch. für vaterl. Cultur. 1894.*

In der Gottstein'schen Poliklinik wurden zwei Fälle von Rhinosclerom beobachtet: 1. 26jähriges Mädchen, bei welchem der Process auf Nase, Nasenrachenraum, Trachea sich erstreckte. 2. 26jähriges Mädchen: Taschenbänder am oberen Stimmbande verdickt, unter den Stimmbändern Verdickungen der Schleimhaut. Die Diagnose auf Rhinosklerom wurde durch die mikroskopische und bakteriologische Untersuchung bestätigt. SEIFERT.

66) **P. Sclifosowski** (Moscau). **Ein Fall von Rhinosclerom. (Slutschai rhinoscleromi.)** *Med. obosr. 1894. No. 19.*

Demonstration eines Pat., bei dem die Krankheit im Nasenrachenraum angefangen hat. Verf. war es gelungen Reinculturen der Rhinosklerombacillen zu erhalten. LUNIN.

67) **A. Baurowicz. Beitrag zur Bakteriologie des pathologischen Secretes des oberen Abschnittes des Respirationstractus. (Przyczynek do badania bakteryologicznego chorobowej wydzieliny górnych dróg oddechowych.)** *Przeglad Lekarski. No. 45. 1894.*

Verf. empfiehlt bei Rhinosklerom die bakteriologische Untersuchung des Nasensecretes mittelst Culturen auf Agar-Agar, welches Verfahren ein wichtiges und schnelles diagnostisches Mittel schon in den frühzeitigen Perioden des Leidens, in denen noch keine typischen Erscheinungen bestehen, darstellen soll. Bakteriologische Untersuchung des Auswurfs empfiehlt Verf. auch bei subchordalen Wülsten (Laryngitis subglottica), wodurch ebenfalls unter Umständen die Diagnose frühzeitig präcisirt werden kann. A. v. SOKOLOWSKI.

68) **Onodi. Ein interessanter Fall von Sarcom der Nasenhöhle. (Cas intéressant de sarcome de la fosse nasale.)** *Revue de laryngologie etc. No. 1. 1. Jan. 1894.*

Bei dem betreffenden Patienten entwickelte sich das Sarcom in der rechten Nasenseite, nachdem früher 2 Polypen exstirpirt worden waren. Der Abtragung des Sarcoms folgte nach 18 Monaten ein Recidiv, das einen zweiten grösseren Eingriff nöthig machte. Die Heilung hält bisher an. E. J. MOURE.

69) **Lacoarret. Sarcom der Nasenhöhle. (Sarcome des fosses nasales.)** *Ann. de la Polyclinique de Toulouse. No. 9. November 1894.*

Verf. berichtet über einen Fall von Sarcom im mittleren Nasengang bei einem 11jährigen Mädchen, das vor 2 Jahren operirt wurde, ohne dass bisher ein Recidiv eingetreten wäre. E. J. MOURE.

70) **T. Krasnobaew** (Moscau). **Epitheliom der Nase bei einem 12jährigen Knaben. (Epithelioma nosa u 12 letnjawo maltschika.)** *Med. Obosr. 1894. No. 12.*

Der Titel enthält den ganzen Inhalt. LUNIN.

71) **L. Mursin** (Moscau). **Epithelioma nasi.** *Boln. gaz. Botc. 1894. No. 18.*

Makroskopisch wurde die Diagnose auf Rhinosklerom gestellt, erst die mikroskopische Untersuchung liess die wahre Natur des Leidens erkennen. LUNIN.

72) **Rosenfeld** (Nürnberg). **Beitrag zur Casuistik der nasalen Stenosen.** Dissert. Würzburg. 1894.

Neben einer sorgfältigen Zusammenstellung der Literatur bringt R. aus dem Ambulatorium des Referenten eine Reihe von einschlägigen Beobachtungen. Im ersten Falle handelte es sich um einen congenitalen Verschluss der mittleren Nase bei einem 30jährigen Manne, in vier weiteren Fällen um congenitale Synechieen zwischen Septum und unterer Muschel und in 11 Fällen um Synechieen, welche in Folge von operativen Eingriffen in der Nase entstanden waren. SEIFERT.

73) **Schuster** (Aachen). **Bemerkungen zur Behandlung der Nasenhöhlensyphilis.** *Arch. f. Dermatol. u. Syphilis. 1894. XXVI.*

Sch. plädirt für eine örtliche Behandlung der Nasensyphilis neben der allgemeinen. A. ROSENBERG.

74) **D. Niculescu** (Bukarest). **Betrachtungen über die Behandlung der Nasenrachenfibrome im Anschluss an einen Fall. (Studiu asupra tratamentului fibromelos nazofaringieni, precedat de o observatiune.)** *Spitalul. 1894. No. 1—3.*

Verf. constatirt zunächst, dass schon 1887 in derselben Zeitschrift 2 Fälle von Nasenrachenfibrom, einer von Leonte nach Boeckel, der andere von Romniceanu nach Ollier behandelt, veröffentlicht worden, dass dann Professor Severeanu zwei andere Fälle nach Ollier operirt hat und geht darauf zur umständlichen Mittheilung des dritten von genanntem Professor nach demselben Verfahren mit einer kleinen Modificirung operirten Falles über, wobei das Aussehen des 24jährigen Kranken vor und nach der Operation in zwei Abbildungen zum Ausdruck gebracht wird. Es folgt dann die Aufzählung und Besprechung der verschiedenen bisher angewandten Verfahren zur Entfernung dieser Geschwülste und die Auseinandersetzung der Gründe, warum die Methode Ollier's für die beste gehalten werden muss. SENTINON.

c. Mundrachenhöhle.

75) **Scholz** (Lüben). **Ueber einen Fall von Tuberkulose der Schleimhaut der Oberlippe.** Dissert. Würzburg. 1894.

Bei einem 81jährigen Manne fand sich eine vom Uebergange des Lippenrothes in die Schleimhaut beginnende und bis zum Proc. alveolaris des Oberkiefers reichende flache Ulceration, welche unregelmässig vertieft und mit einer Anzahl flacher Knoten besetzt war. Ein Stück der erkrankten Partie wurde excidirt, die histologische Untersuchung ergab Tuberculose. Später Cauterisation und Ulceration mit dem Paquelin. Mit guter Granulationsbildung wurde Pat. entlassen. Alle übrigen Organe frei von Tuberculose. SEIFERT.

76) **Breffeil. Nekrose des Kiefers im Verlaufe von Typhus. (Necrose du maxillaire consécutive à une fièvre typhoide.)** *Courrier Med. Paris. 1894. p. 91.*

Dem Ref. nicht zugänglich. A. CARTAZ.

77) **Walter Whitehead. Ein Fall von Operation wegen Kiefer-Ankylose. (Case of operation for ankylosis of the jaw.)** *Lancet. 15. December 1894.*

Vorstellung des Falles in der Manchester Medical Society.

ADOLPH BRONNER.

78) **P. Swain. Kieferklemme nach Verletzungen und Entzündung des Kiefergelenks. (Closure of the jaws from injury and arthritic inflammation.)** *Lancet. 28. Juli 1894.*

Neunzehn Fälle aus der Literatur werden kurz beschrieben. Ein Mädchen von 22 Jahren hatte seit dem 8. Lebensjahr Kieferklemme nach Scharlach. Der Mund war fest geschlossen. Eine $1^1/_2$ Zoll lange Incision wurde gemacht bis auf den Knochen am Kieferwinkel. Das Periost mit dem Ansatz des Masseter gelöst. Mit einer kleinen Säge wurde darauf ein dreieckiges Stück Knochen entfernt, das, an der Basis 1 Zoll breit, den Kieferwinkel mit einschloss. Beide Seiten wurden in derselben Weise operirt. Nach drei Tagen wurde der Verband entfernt und passive Bewegungen gemacht (Abbildung). ADOLPH BRONNER.

79) **A. Barillet. Kiefercysten. (Des kystes des macheires.)** *Union méd. du Nord-Est. Reims. 1894. p. 105 u. 156.*

Nicht zugänglich. A. CARTAZ.

80) **Nové-Josserand** und **Bérard. Eine Abart von solidem Tumor des Kiefers paradentären Ursprungs. (Sur une variété de tumeur solide des maxillaires d'origine paradentaire.)** *Revue de chirurgie. No. 6. 1894.*

Die Verff. berichten über 2 Fälle von soliden Tumoren des Unterkiefers, bei denen durch die histologische Untersuchung der paradentäre Ursprung klar gelegt wurde und die dem Typus des Epithelioma adamantinum nahestehen. Ausserdem

verfügen die Verff. über 2 Fälle von Oberkiefertumoren, die nach der Entwicklung und dem makroskopischen Bilde der Geschwulst jenen ersten nahe zu stehen scheinen.

A. CARTAZ.

81) **Moty. Resection des Unterkiefers. (Résection du maxillaire inférieur.)** *Soc. de Chirurgie de Paris. 23. Mai 1894.*

Vorstellung von zwei Patienten, denen die rechte Hälfte des Unterkiefers resecirt worden war, bei dem einen wegen eines encystirten Epithelioms, das von der Alveole des Weisheitszahnes seinen Ursprung genommen hatte, bei dem andern wegen einer sarcomatösen Geschwulst der Innenwand des Unterkiefers.

LUC.

82) **Gouguenheim. Acute rheumatische Angina. (Angine rhumatismale aigue.)** *Gaz. méd. Paris. 1894. p. 9.*

Nichts Besonderes.

A. CARTAZ.

83) **P. Verdos** (Barcelona). **Bräuneepidemie in Barcelona. (Le epidemia de anginas reinante en Barcelona.)** *Gaceta médica catalana. 1894. No. 22.*

Bemerkungen über die zahlreichen, im ganzen Herbste von 1894, besonders aber während des November vom Verf. beobachteten Fälle von ansteckender Bräune. In einer Familie kamen 8 Fälle vor und zwar waren 3 derselben Amygdalitis simplex, 2 Angina follicularis, 1 Angina pultacea und die zwei anderen Angina diphtherodes.

SENTINON.

84) **D. Melissinos** (Patras). **Pleuropneumonischer Symptomencomplex. Angina pseudomembracea wahrscheinlich durch Pneumoniekokken.** *(Πλευροπνευμονικὴ συμφόρησις. — Ψευδομεμβρανώδης κυνάγχη. πιθανῶς ἐκ πνευμονοκόκκων.) Γαληνός. 1894. No. 14—15.*

In der Sitzung vom 22. Februar 1894 des Vereins der Aerzte zu Patras theilte der Verf. den interessanten Fall mit, dass ein 20jähriger Mann unter heftigen pleuropneumonischen Erscheinungen erkrankte, worauf nach 30 Stunden der Hals befallen wurde und nach weiteren 45 Stunden diphtherische Pseudomembranen auftraten, während die Lungenerscheinungen nachliessen und bald ganz verschwanden, die falschen Häute sich aber erst nach einigen Tagen ablösten. Eine bakteriologische Untersuchung konnte leider nicht angestellt werden. Verf. und sein College Purnaras fanden jedoch, dass der Fall klinisch den drei von Jaccoud in der „Semaine médicale“ vom 19. Juli 1893 mitgetheilten ganz ähnlich war und dass also auch hier der Pneumoniecoccus Fränkel-Talamon als Ursache des Processes angesprochen werden müsste.

SENTINON.

85) **A. Kirillin** (Moskau). **16 Fälle von fibrinöser Angina verursacht durch Mikrokokken. (16 Slutschaew cocco wich schab.)** *Med. obosr. 1894. No. 17.*

In der Masernabtheilung des Wladimir-Kinderspital in Moskau erkrankten im Verlaufe von 2 Monaten 16 Kinder an einer Halskrankheit, die mit fibrinösen Belägen einherging. Ohne irgend welche Vorboten klagten die Kinder über Halsschmerzen; besonders beim Schlucken, die Temperatur blieb normal oder stieg höchstens bis auf 38. Betrachtete man den Rachen, so erblickte man in demsel-

ben fibrinöse Auflagerungen, die bald inselförmig, bald flächenförmig waren, bald sich blos auf die Mandeln oder den weichen Gaumen beschränkten, mitunter sich aber auf den Nasenrachenraum und die Nase ausdehnten und das Nasenathmen unmöglich machten. Die Beläge waren leicht abnehmbar; bisweilen hafteten sie fester auf der Schleimhaut, so dass nach ihrer Entfernung eine leicht blutende Oberfläche zum Vorschein kam. Die Reaction um die Beläge war meist sehr gering; die Submaxillardrüsen waren mitunter gar nicht, mitunter stark geschwellt und schmerzhaft. Das Allgemeinbefinden war nie betroffen. Von den 16 Patienten starb blos einer und zwar in Folge einer Katarrhalpneumonie.

Alle 16 Fälle wurden bacteriologisch untersucht. Die Culturen enthielten blos Kokken, unter denen die Streptokokken praevalirten. Kein Mal wurden Diphtheriebacillen gefunden.

Es existirt also eine Streptokokken-Angina mit fibrinösen Belägen, die epidemisch auftreten kann. In zweifelhaften Fällen kann die Diagnose blos durch die bacteriologische Untersuchung entschieden werden. LUNIN.

86) **I. Kokkinotes** (Athen). **Fall von nochmaliger Ansteckung von Syphilis.** *(Περίπτωσις ἀναμολυσμοῦ ἐκ σιφυλίδος.) Γαληνός. 1894. No. 18.*

Bei einem 40jährigen Kutscher, der sich 1889 Syphilis zugezogen und daran $2^1/_2$ Jahre lang von mehreren Aerzten behandelt worden war, worauf er 2 Jahre gesund geblieben und nun heirathen wollte, aber erst genau untersucht zu werden wünschte, da er Beschwerden am Zäpfchen fühlte, fand Verf. auf der vorderen Fläche der Uvula eine ungefähr Centimeter breite Geschwulst, die er für eine tertiäre Erscheinung ansah und mit Jodtinctur pinselte. Nach 3 Wochen kam Patient mit der schönsten Roseola und zwei Schleimpapeln auf der Unterlippe wieder, wodurch es Verf. klar wurde, dass die Uvulageschwulst ein harter Schanker war und es sich um eine Reinfection mit Syphilis handelte. SENTINON.

87) **F. Baker. Vollständige Abtragung der Uvula. (Complete removal of the uvula.)** *Southern California Practitioner. December 1894.*

B. empfiehlt die Abtragung des Zäpfchens dicht an seinem Ansatz am weichen Gaumen. Er steht den theoretischen Vortheilen des Zäpfchens überhaupt skeptisch gegenüber, ist aber dessen gewiss, dass ein vergrössertes Zäpfchen eine positive Quelle mannigfacher Unanehmlichkeiten ist.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

88) **A. E. Bulson jr. Mykose des Schlundes. (Mycosis of the fauces.)** *Fort Wayne Med. Magazine. November 1894.*

Nichts Neues. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

89) **G. Küer. Drei Fälle von acuter miliarer Schlundtuberculose.** *Ugeskr. for Laeger. R. B. Bd. 1. S. 1224.*

Die Patienten waren ein 6jähriges Mädchen, ein 55jähriger Mann und ein 23jähriger Mann.

Nach einer detaillirten Beschreibung des Krankheitsverlaufs der drei Fälle, welche alle durch starke Schlingbeschwerden, schnelles Abmagern und Exitus le-

talis in sehr elendem Zustande charakterisirt waren, discutirt Verfasser in der Epikrise die Frage von der primären oder secundären Natur des Leidens; er macht darauf aufmerksam, wie schwer es ist diese Frage sicher zu beantworten. Die Behandlung ist wesentlich symptomatisch, und die Aussicht zur Heilung absolut trostlos. SCHMIEGELOW.

90) **Schwintger. Stenose des Schlundes.** *Berl. thierärztl. Wochenschr. 1894.*
Dem Ref. nicht zugänglich. A. ROSENBERG.

91) **A. Sokolowski. Ueber Halsschmerz und seine diagnostische Bedeutung bei Erkrankungen des Halses. (Ból gardła i jego znaczenie dyagnostyczne przy cierpieniach jamy gardzielowej.)** *Odczyt kliniczny. 1894.*

Das Halsweh bildet den Ausgangspunkt eines Vortrages, in welchem S. die wichtigsten Pharynxkrankheiten vom symptomatologischen und differentialdiagnostischen Standpunkte kurz bespricht. Autoreferat.

92) **G. E. Davis. Bericht über den Pharynx. (Report on the pharynx.)** *Am. Practitioner and News. 3. November 1894.*

Eine Uebersicht über die neueren Errungenschaften auf dem Gebiete der Diagnose und der Therapie der Rachenkrankheiten.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

93) **W. D. Babcock. Pharyngitis hypertrophica lateralis. (Pharyngitis hypertrophica lateralis.)** *Southern Med. Record. August 1894.*

Nichts Bemerkensbewerthes. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

94) **Coradeschi. Typhöse Localisationen des Pharynx. (Localizzazioni laringee nel tifo.)** *Gazz. d. Osp. 8. Mai 1894.*

C. nimmt aus Analogie an, dass die von ihm bei Typhusfällen beobachteten Geschwüre des Rachens durch Ansiedelung von Typhusbacillen in der Rachenschleimhaut entstanden sind. TOTI.

95) **Percepied. Mycosis des Rachens. (Mycosis de l'arrière-gorge.)** *Normandie méd. Rouen. 1894. p. 95—102.*

Nicht zugänglich. A. CARTAZ.

96) **L. Lubliner. Ein Beitrag zur Aetiologie des Herpes pharyngis. (Przyczynek do etyologii wyprzyska gardzieli.)** *Medycyna. No. 4 u. 5. 1894.*

Verf. beschreibt 4 Fälle von acuten herpetischen Eruptionen im Pharynx und einen Fall von chronisch recidivirendem Herpes der Mundhöhle. In allen Fällen wurde der Inhalt der Bläschen bacteriologisch untersucht. Es wurden in allen Fällen Streptokokken und Staphylokokken gefunden, und zwar in zwei Fällen von acutem Herpes nur Streptokokken, in einem Staphylococcus albus und aureus und im letzten Staphylokokken und Streptokokken. In dem Falle von recidivirendem Herpes wurde ein Streptococcus gezüchtet.

Einen Zusammenhang zwischen Herpes pharyngis und Neuralgien n. trigemini konnte Verf. zweimal constatiren.

Den Herpes pharyngis hält L. für eine infectiöse Erkrankung; er ist aber nicht der Meinung, dass die von ihm herausgezüchteten Streptokokken in causalem Verhältniss zur Erkrankung stehen. Verf. meint, dass die bacteriologischen Befunde bei Herpes nur die Gerhardt'sche Hypothese der Entstehung dieser Krankheit stützen. A. v. SOKOLOWSKI.

97) **J. W. Hjelmman** (Finland). **Pharynxstrictur in Folge von Syphilis. (Farynxstriktur till följd af syfilis.)** *Finska läkaresällsk. handl. Bd. 36. S. 509.*

Beschreibt 2 Fälle von Strictur des Cavum pharyngo-laryngeale bei Individuen, die an angeborener oder früh acquirirter Syphilis litten. Die Schlundaffection trat 18—19 Jahre nach der primären Affektion auf. SCHMIEGELOW.

98) **A. Magnan. Symptome von Seiten des Rachens bei echter Tabes. (Des symptomes pharyngés dans le tabes vrai.)** *Thèse de Lyon. 1894.*

Der Verf. giebt eine ausgezeichnete Uebersicht über die Störungen im Rachen, die bei Tabes vorkommen können; er stellt alle bisher publicirten Fälle zusammen und fügt einige neue hinzu. Man kann 2 Gruppen von Störungen unterscheiden: die der Sensibilität (Anaesthesie, Hyperaesthesie) und motorische (Lähmungen, Krämpfe, Contracturen). Diese Symptome sind häufig begleitet von Kehlkopfstörungen, sie hängen bald von centralen Veränderungen im Bulbus, bald von peripheren neuritischen Vorgängen ab. Das beste Mittel zur Bekämpfung dieser Erscheinungen scheint M. die Suspension zu sein. A. CARTAZ.

99) **Courmont. Pharynxcrisen bei Tabes. (Crises de spasme pharyngé chez les tabétiques.)** *Revue de médecine. September 1894.*

Ein 62jähriger Tabiker kam in das Hospital wegen lancinirender Schmerzen, die sehr schnell durch die Suspension gebessert wurden, 4 Tage nach der Entlassung kam er in sehr elendem Zustande wieder; seit 3 Tagen konnte er nicht schlucken, ohne die schrecklichsten Krämpfe im Halse zu bekommen. Hysterie bestand nicht; auch keine Kehlkopfkrisen; ebenso wenig eine Oesophagusstrictur. Der Kranke wurde wieder suspendirt und sogleich verschwanden die Krämpfe, die auch in den folgenden Tagen nicht wiederkehrten. A. CARTAZ.

100) **Courmont** (Lyon). **Die Suspension bei der Behandlung der Pharynxcrisen der Tabetiker und der Tabes im Allgemeinen. (De la suspension dans le traitement des crises pharyngées des tabétiques et du tabes en général.)** *Lyon méd. September 1894.*

Nach einer Suspension von anderthalb Minuten Dauer hörte bei einem Tabetischen ein sehr heftiger Spasmus des Pharynx vollständig auf. Die Behandlung wurde 13 Tage hindurch fortgesetzt. Nach dieser Periode konnte Pat. aus dem Spital in einem befriedigenden Zustande entlassen werden. LUC.

101) **T. Sara. Rachenpolyp. (Polipo faringeo.)** *Atti d. assoc. med. lomb. Milano. 1894. p. 98.*

Nicht zugänglich. A. TOTI.

102) **Montaz** (Grenoble). **Lymphadenom des Pharynx.** *Médecine mod. 1. September 1894.*

Es handelt sich um 11jähriges Kind, das an oben genannter Krankheit starb. Mit Ausnahme eines Croups, den Pat. im 4. Jahre durchgemacht hatte, und bei dem die Tracheotomie ausgeführt worden war, hatte die Gesundheit des Kindes niemals eine Störung erfahren. Im vorigen Jahre entstand im Laufe einer Rachenentzündung, die von weisslichen Punkten begleitet war, im Pharynx eine gallertartige Geschwulst. Beeinträchtigung des Schluckens, dann der Phonation, schliesslich der Respiration stellten sich ein.

Angesichts der Bilateralität und der malignen Natur der Geschwulst wurde die Tracheotomie als das einzige Zufluchtsmittel betrachtet und ausgeführt. In Folge der durch die Operation erleichterten Athmung und vielleicht auch beeinflusst durch die Arsenikbehandlung schienen die Geschwulstmassen vorübergehend abzunehmen. Bald aber fing das Uebel wieder an Fortschritte zu machen; eine riesige Anschwellung der submaxillären Drüsen trat ein: die colossal angeschwollene Zunge wurde aus dem Mund herausgetrieben. Endlich ging der sehr abgemagerte Pat. in Folge eines Erstickungsanfalles zu Grunde. LUC.

103) **Jacob** (St. Wendel). **Beiträge zur Chirurgie der partiellen Resection des Pharynx und Oesophagus.** Dissert. Würzburg. 1894.

Bei einem 40jährigen Manne Operation wegen eines Sarkoms der rechten Halsseite. Die Geschwulst war in die Vena jugularis und in die Carotis gewuchert, hatte den Vagus umfasst (Stimmbandlähmung), so dass die betr. Gefässe unterbunden und der Vagus resecirt werden musste. Von der Pharynxwand und von der rechten Hälfte des Oesophagus wurde ein Stück resecirt. Pat. ging sechs Wochen nach der Operation an einer Pleuritis zu Grunde SEIFERT.

104) **V. Nicolai. Die Pharyngectomie. (Faringectomia.)** *Atti d. Assoc. med. lomb. Milano. 1894. p. 92.*

Nicht zugänglich. TOTI.

105) **W. E. Casselberry. Retropharyngealabscess. (Retropharyngeal abscess.)** *Journ. Am. Med. Assoc. 29. September 1894.*

Der Fall betrifft ein 4 Monate altes Kind. Der Abscess schloss sich an eine Attake von folliculärer Tonsillitis an. Tracheotomie. Heilung.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

106) **Eugène Rochard** (Paris). **Ueber die operative Behandlung heisser Retropharyngealabscesse beim Kinde. (Du traitement opératoire des abscès chauds rétro-pharyngiens chez l'enfant.)** *Méd. infant. 1894. p. 39.*

R. spricht zu Gunsten der Eröffnung der Abscesse vom Munde aus. Der Incision und Entleerung des Eiters sollen antiseptische Ausspülungen der Eiterhöhle folgen. LUC.

107) **Jacques Reverdin** (Genève). **Die Incision kalter Retropharyngealabscesse von vorn und seitlich her. (Incision des abcès froids rétro-pharyngiens par la voie antéro-latérale.)** Congrès de Chirurgie. Lyon. October 1894.

Bei dieser vom Verf. dreimal ausgeführten Operatian wird die Haut längs des

inneren Randes des Sternocleidomastoideus incidirt und der Abscess mittelst des zwischen den Halsgefässen und dem Kehlkopf eingeführten Fingers eröffnet. Im Falle einer osteopathischen Eiterung kann der afficirte Knochen auf demselben Wege curettirt werden. LUC.

108) **Heller** (Nürnberg). **Pharyngotherapie.** *Münchner medicin. Wochenschrift. No. 44. 1894.*

Da die erste Localisation der meisten Infectionskrankheiten in den ersten Luftwegen, so namentlich in der Nase und im Nasenrachenraum stattfindet, da sich ebenda die Incubationsperiode abspielt und von da aus die Resorption in das Blut vor sich geht, so empfiehlt H. die methodische Reinigung der Nase und des Nasenrachenraumes, so namentlich bei Erysipel, Diphtherie, Typhus, Keuchhusten, Scharlach, Masern, Tuberculose etc. Die Ausspülungen werden mit einem Kautschukballon mit spitzzulaufender Ausflussöffnung und warmem abgekochten Wasser oder Salzwasser vorgenommen SCHECH.

d. Diphtheritis und Croup.

109) **Ledoux-Lebard** (Paris). **Die Wirkung des Lichtes auf den Diphtheriebacillus. (Action de la lumière sur le bacille diphthéritique.)** *Revue des malad. de l'enf. 1894. p. 66.*

Die Hauptschlüsse, die L. aus seinen Untersuchungen zieht, sind folgende: Das diffuse Licht hindert die Entwicklung der Diphtherieculturen weder bei 32 bis 35 ^{0} noch bei gewöhnlicher Temperatur. Das directe Sonnenlicht aber hindert die Entwicklung und lässt eine Bouilloncultur nach wenigen Tagen steril werden.

Das diffuse Licht kat keine baktericide Kraft für Diphtheriebacillen, wenn diese in neutraler Bouillon aufgeschwemmt sind, dagegen eine starke, wenn die Verdünnung mit destillirtem Wasser gemacht ist.

Das diffuse Licht tödtet trockene Culturen in dünner Schicht in weniger als 2 Tagen, das directe Sonnenlicht noch schneller. Diese baktericide Kraft wohnt den am stärksten brechenden Strahlen des Spectrums inne.

In den diphtheritischen Pseudomembranen, die man dem Licht aussetzt, dringt dieses nicht an die Bacillen heran und dieselben bewahren ihre Virulenz sehr lange. LUC.

110) **F. Allan. Die Diagnose der Diphtheritis. (The diagnosis of diphtheria.)** *Lancet. 11. August 1894.*

Verf. befürwortet in seinem Bericht als Bezirksarzt im Strand-Viertel von London den Plan, der in New-York ausgeführt wird. Der Arzt soll an das Bezirksamt geimpfte Culturröhrchen schicken, die von diesem untersucht werden.

„Lancet" meint, diese Methode sei sehr umständlich und nicht immer beweisfähig. ADOLPH BRONNER.

111) **William H. Park. Diphtherie und Pseudodiphtherie. Bericht an Hermann M. Biggs, M. D., Pathologen und Director des bakteriologischen Laboratoriums, über die bakteriologische Untersuchung von 5611 diphtherieverdächtigen Fällen und über die Resultate von Untersuchungen über den Diphtherie- und den Pseudodiphtheriebacillus. Aus dem bakteriologischen Laboratorium des Gesundheitsamts von New York City. (Diphtheria and pseudo-diphtheria. A report to Hermann M. Biggs, M. D., Pathologist and Director of the bacteriological laboratory on the bacteriological examination of 5611 cases of suspected diphtheria, with the results of other investigations on the diphtheria and the pseudo-diphtheria bacillus. From the bacteriological laboratory of the health department of New York City.)** *N. Y. Med. Record. 29. Sept. 1894. Journal of Laryngology. September u. November 1894.*

Schlussfolgerungen: 1. Alle Schleimhautentzündungen, die durch den Löffler'schen Diphtheriebacillus verursacht sind, sollen unter dem Namen Diphtherie zusammengefasst werden, wie dies im vorliegenden Bericht auch geschieht. Eine acute Hyperämie der Schleimhaut, die der Löffler'sche Bacillus verschuldet, ist ebenso als echte Diphtherie anzusehen, wie eine Entzündung mit Pseudomembran oder Exsudatlösung und ein Fall, bei dem der Process auf den Kehlkopf oder die Bronchien sich begrenzt, ebenso wie die Affectionen des Pharynx und der Tonsillen.

2. Als Pseudodiphtherie sind alle Entzündungen der Schleimhäute zusammenzufassen, die echter Diphtherie ähnlich sehen, aber durch Streptokokken oder — was seltener der Fall ist — durch andere Kokken bedingt sind.

3. Der Name Croup oder Pseudocroup soll ausschliesslich das zum Ausdruck bringen, dass der Process im Larynx localisirt ist; über die Natur der Erkrankung, ob dieselbe diphtheritisch oder pseudodiphtheritisch ist, soll er nichts sagen. In New York City sind zur Zeit 80 pCt. aller Fälle von „Croup" echte Diphtherie.

4. Die Anlegung von Culturen auf festem Blutserum in der vom Department angegebenen Weise bildet eine zuverlässige Methode zur Entscheidung darüber, ob Diphtheriebacillen in einem Halse vorhanden sind oder fehlen. Das Anlegen der Culturen zu diagnostischen Zwecken hat stattzufinden, ehe die Pseudomembranen oder das Exsudat zu verschwinden beginnen.

5. Virulente Diphtheriebacillen fanden sich in New York City zur Zeit der angestellten Untersuchungen im Halse von etwa 1 pCt. der gesunden Bevölkerung. Die Diphtheritis war um diese Zeit ziemlich verbreitet und die meisten Personen, in deren Hals die Bacillen sich fanden, lebten in directem Contact mit Diphtheriekranken. Sehr viele von diesen Personen aber erkrankten selbst nicht an Diphtherie. Es drängt dies zu dem Schlusse, dass die Mitglieder eines Haushaltes, in dem ein Diphtheriefall existirt, als Quelle für weitere Ansteckungen anzusehen sind, wenn nicht durch culturelle Prüfung festgestellt ist, dass ihr Hals keine virnlenten Diphtheriebacillen enthält.

6. Die Bacillen, die auf der Original-Serumcultur sich entwickeln und nach Wachsthum und tinctoriellem Verhalten dem typischen Bacillus Löffler gleichen, sind in diagnostischer Hinsicht als virulente Diphtheriebacillen anzusehen, wenn die Cultur aus einem mit Membranen erkrankten Halse oder von solchen Personen

angelegt ist, die mit echter Diphtheritis in Berührung kommen; denn die Untersuchungen haben ergeben, dass über 95 pCt. solcher Bacillen virulent sind. Bacillen jedoch, welche den pseudodiphtheritischen Typus erkennen lassen, sind sowohl culturell, wie durch das Thierexperiment zu prüfen, ehe man ein Urtheil über ihre Virulenz fällen kann.

7. Alle Bacillen, die nach ihrem morphologischen, biologischen und färberischen Verhalten mit den virulenten Löffler'schen Bacillen übereinstimmen, sollen zur Klasse der Diphtheriebacillen gezählt werden, ob sie sich stark, wenig oder gar nicht virulent für Meerschweinchen erweisen. Bacillen, die ihre Virulenz ganz eingebüsst haben, gewinnen sie wohl selten, wenn überhaupt je, zurück. Diese sind wahrscheinlich nicht im Stande, Diphtheritis zu verursachen; in den 24 Fällen, in denen sie vom Berichterstatter gefunden wurden, bildeten sich keine Krankheitserscheinungen aus, auch sonst haben sie nirgends, so weit sich feststellen liess, Diphtherie verursacht.

8. Die Bezeichnung als Pseudodiphtheriebacillus soll für diejenigen im Halse gefundenen Bacillus reservirt bleiben, die den Diphtheriebacillen in mancher Hinsicht ähnlich, aber doch in anderen ebenso wichtigen Punkten von ihnen verschieden sind. Diese Bacillen sind kürzer, in Gestalt und Grösse gleichmässiger, als die typischen Löffler'schen. Sie färben sich in gleicher Weise gut in alkalischer Methylenblaulösung und bilden beim Wachsthum in Bouillon Alkali. Sie finden sich in etwa 1 pCt. gesunder Hälse und scheinen nichts mit Diphtherie zu thun zu haben. Sie sind niemals virulent.

9. Eine oder mehrere Varietäten von Streptokokken und andere Kokkenarten existiren in der grossen Mehrzahl, vielleicht in allen gesunden Hälsen in der New York City. Culturen aus Hälsen von Fällen von Pseudodiphtherie enthalten mehr Kokken, speciell mehr Streptokokken, als Culturen aus gesunden Hälsen; sonst jedoch scheinen keine Unterschiede zwischen beiden zu bestehen.

10. Die Untersuchungen des Health Department ergeben einen evidenten Unterschied der Mortalität bei Diphtherie und der bei Pseudodiphtherie, 27 pCt. Mortalität bei jener stehen unter 2 pCt. bei dieser gegenüber.

11. Die combinirte klinische bakteriologische Untersuchung von über 5000 Fällen hat klar ergeben, dass manche Fälle von Diphtherie und Pseudodiphtherie so wenig charakterisirt sind und an Aussehen, Symptomen und Dauer so ähnlich, dass es unmöglich ist, sie auseinanderzuhalten, ausser durch die bakteriologische Uutersuchung. In den schweren Fällen, besonders wenn die Krankheit erst voll entwickelt ist, sind Culturen weniger nothwendig, obschon auch dort ihre systematische Anwendung erwünscht ist.

12. Personen, die Diphtherie hatten, sollen isolirt gehalten werden, bis Culturversuche das Verschwinden der Bacillen aus dem Halse erweisen; denn diese bleiben nicht nur lange in virulentem Zustande zurück, sondern werden auch nicht selten Ursache diphtheritischer Infection für andere. Wo die culturelle Prüfung nicht durchführbar ist, soll die Isolirung mindestens 3 Wochen nach dem Verschwinden der Membranen aufrecht erhalten werden, da aus den angestellten Untersuchungen hervorgeht, dass es nicht ungewöhnlich ist, dass die Bacillen so lange bestehen bleiben.

13. In Fällen von Rachendiphtherie, bei denen eine Sublimatlösung 1:4000 alle paar Stunden durch Nase und Mund gründlich irrigirt war, blieben die Bacillen nach Abstossung der Membranen nicht so lange zurück, wie ohne derartige Behandlung. Andere antiseptische und reinigende Lösungen sind ebenso nützlich.

14. Entzündungen der Schleimhaut durch Streptokokken, allein oder mit anderen Kokken, verlaufen gewöhnlich mild. Ernsthafter können diese Entzündungen werden, wenn der Process im Larynx sich localisirt oder Scharlach oder Masern dabei besteht.

15. Wenn die Streptokokken und vielleicht auch andere Kokkenformen auch als der primäre ätiologische Factor der Pseudodiphtherie angesehen werden können, so ist doch in der Mehrzahl der Fälle noch irgend eine prädisponirende Ursache wie Erkältung, Vorhandensein gewisser anderer Infectionskrankheiten etc. von wesentlichem Einfluss auf das Zustandekommen der Infection.

Die Streptokokken, welche unter dem Einfluss dieser Momente augenscheinlich die Krankheit verursachen, sind wahrscheinlich schon lange in dem betreffenden Halse vorhanden und nicht erst durch Berührung mit anderen Fällen von Pseudodiphtherie frisch übertragen. Bei einer kleinen Anzahl von Fällen freilich findet sich in der Anamnese eine derartige Berührung, jedoch ist die Erklärung auch möglich, dass auf den zweiten Fall dieselbe prädisponirende Ursache eingewirkt hat, wie auf den ursprünglichen Fall.

16. Die geringe Mortalität und die gewöhnlich milden Erscheinungen der Pseudodiphtherie drängen nicht zu der Forderung strenger Isolirung, auch wenn weitere Untersuchungen den positiven Beweis der directen Uebertragbarkeit dieser Krankheit erbringen sollten.

Aus diesen Untersuchungen geht hervor, wie schwer es sein wird, die Diphtheritis aus einer Stadt wie New York ganz auszurotten. Auf der einen Seite Fälle durch die ganze Stadt zerstreut, zum Theil so milde, dass sie übersehen werden können, auf der anderen Seite überfüllte Wohnungen und Quartiere mit einer unwissenden Bevölkerung, bei der eine zweckmässige Isolirung nicht streng durchführbar ist, wenn nicht schärfere Maassregeln an die Stelle der jetzt üblichen treten. Bei strengerer Isolirung, systematischer Ueberwachung der Schulen und Wohnungen etc. kann man die Zahl der Erkrankungen in der Stadt fraglos herunterdrücken; dass man sie ganz wird tilgen können, erscheint nicht wahrscheinlich, bis neue Mittel zum Kampfe gegen die Krankheit gefunden werden.

LEFFERTS.

112) **H. J. Macevry. Diphtherie und Pseudodiphtherie. (Diphtheria and pseudodiphtheria.)** *Lancet. 20. October 1894.*

Verf. weist auf die Arbeit von Biggs (New York) hin, nach welcher von 280 Fällen von angezeigter Diphtherie der Bacillus nur in 228 gefunden wurde. Es sei deshalb sehr gefährlich alle Fälle von vermutheter Diphtherie in Diphtheriespitäler zu bringen, da die Fälle von Pseudo-Diphtherie dort angesteckt werden könnten. Man solle auch sehr vorsichtig sein in der Beschreibung von sogenannten Diphtheriefällen, die mit Antitoxin behandelt seien. ADOLPH BRONNER.

113) **Le Gendre** (Paris). **Ueber pseudomembranöse Angina ohne Mikroben nach Diphtherie durch chemische oder mechanische Reizung. (Sur l'angine pseudomembraneuse amicrobienne consécutive à la diphthérie, prolongée par irritation chimique ou mécanique.)** *Rev. prat. d'obstétr. et de pédiatr. 1894. p. 15.*

Verf. bespricht mehrere Fälle, in denen unter dem Einfluss localer antiseptischer, reizender Medicationen sich Pseudomembranen bildeten und längere Zeit erneuten. Die bakteriologische Untersuchung ergab, dass keine Mikroben vorhanden waren, der Ursprung des Exsudats also ein rein entzündlicher war. Es genügt mit der Medication auszusetzen, um die weitere Bildung der Membranen zu verhüten.

LUC.

114) **W. C. Cole. Ein Fall von Diphtherie bei einem Kinde übertragen von einem Küchlein. (Case of diphtheria in a child transmitted from a chicken.)** *Archives of pediatrics. Mai 1894.*

Von den 25 oder 30 Küchlein, die auf dem Hofe lebten, waren einige seit 10 Tagen krank, wobei sie einen eigenartigen Geruch um sich verbreiteten. Das Kind hatte eines von diesen in der Hand gehalten, 4 Tage später erkrankte es an Diphtherie und starb. Die Krankheit der Hühner war die den Händlern als „Rupe" bekannte; C. glaubt, dass diese mit der menschlichen Diphtherie identisch ist.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

115) **G. Carpenter. Diphtheritis von einer in Zersetzung begriffenen Placenta. (Diphtheria from a decomposing placenta.)** *Archives of Pediatrics. Mai 1894.*

C. berichtet von einer Frau, die am 14. Tage nach der Geburt Diphtherie bekam. Eine Ursache konnte nicht gefunden werden, bis man im Nachttische am Kopfende des Bettes die in Zersetzung begriffene Placenta entdeckte.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

116) **W. P. Munn. Embolie nach Diphtherie; Gangrän des linken Fusses; Amputation; Genesung. (Embolus following diphtheria — Gangrene of left leg — Amputation — Recovery.)** *Pittsburgh Med. Review. März 1894.*

Der Patient, ein 9jähriger Knabe, lag seit 5 Wochen an Diphtherie krank; er hatte eine Gaumen- und Kehlkopflähmung. Ganz plötzlich bekam er einen Schwächeanfall, Erbrechen und Collaps; 3 Stunden später wurde das linke Bein kalt, am nächsten Tage war dasselbe verfärbt. Das Bein wurde amputirt und das Kind genas vollständig. Fälle dieser Art sind sehr selten. Der Embolus steckte wahrscheinlich in der Art. iliaca communis oder externa. Die Untersuchung des abgenommenen Beines zeigte alle Gefässe desselben leer, so dass es sich wahrscheinlich nur um einen Embolus handelte.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

117) **C. W. Townsend. Primäre Nasendiphtherie. (Primary nasal diphtheria.)** *Boston Med. and Surg. Journal. 24. Mai 1894.*

Unter 14 Fällen von Diphtherie, die T. behandelte, war 7mal die Nase afficirt u. z. 5mal primär. Folgende Punkte sind von Interesse.

1. Die Thatsache, dass primäre nasale Diphtherie sehr mild auftreten und verlaufen kann.

2. Der gefährliche Charakter dieser Fälle, der darin liegt, dass sie leicht

nicht als diphtheritisch erkannt werden u. z. aus folgenden Gründen: a) weil sie gewöhnlicher Coryza sehr ähnlich sind; eine Membran ist manchmal erst bei sehr genauem Untersuchen zu sehen; b) weil die Temperatur häufig normal oder nur leicht gesteigert ist und auch die Allgemeinstörungen geringe sind; c) wegen des intermittirenden Charakters des Nasenausflusses; d) wegen der anscheinenden Heilung selbst mit völligem Aufhören des Ausflusses aus der Nase; der Klebs-Loeffler'sche Bacillus ist aber trotzdem noch vorhanden; e) die Diphtheriebacillen haben dabei ihre Virulenz nicht verloren; f) die Bacillen sind in der Nase schwieriger zu finden, als im Halse.

3. Die Wichtigkeit bakteriologischer Untersuchungen bei allen suspecten Fällen von Ausfluss aus der Nase.

4. Die Wichtigkeit längerer Isolirung der Patienten, die man sich weigern soll, als geheilt anzuerkennen, bis mehrfache Prüfungen durch die Cultur negativ ausgefallen sind.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

118) **W. A. Dickey. Membranöser Croup. (Membraneus croup.)** *Medical Age. Januar 1894.*

Nichts Neues.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

119) **Variot** (Paris). **Ueber absteigenden Croup und die Differentialdiagnose zwischen acuter suffocativer Laryngitis und diphtheritischem Croup. (Sur le croup d'emblée et sur le diagnostic differentiel entre la laryngite aigue suffocante et le croup diphthérique.)** *Journ. de clin. et de therap. infant. 1894. p. 352.*

Wegen der diagnostischen Schwierigkeiten macht V. jedesmal, wenn er im Zweifel ist, welche der beiden Affectionen vorliegt, eine Injection von 10 ccm Antidiphtherieserum.

LUC.

120) **Breton** (Dijon). **Zwei Fälle von Croup bei Kindern von 6 und 7 Monaten mit Ausgang in Heilung. (Deux cas de croup chez des enfants de 6 et 7 mois. Guérison.)** *Rev. d. malad. de l'enf. 1894. p. 118.*

Krankengeschichte der beiden Fälle, die die Ueberschrift hinreichend erklärt.

LUC.

121) **Guelpa** (Paris). **Ueber die Lagerung des Kranken bei der Behandlung des Croup. (De la position du malade dans le traitement du croup.)** *Revue obstétr. et gynék. 1894. p. 27.*

Um broncho-pulmonären Complicationen nach der Tracheotomie vorzubeugen, lässt G. den Kopf der Kinder tiefer lagern als den übrigen Körper. Ausserdem lässt er nach der Operation die Trachea mit einer warmen (40°) Lösung von Eisenchlorid $^{1}/_{2000}$ irrigiren, wobei der Kopf vollständig herabhängen muss.

LUC.

122) **O. S. Armstrong. Zur Diphtheriebehandlung. (Treatment of diphtheria.)** *Journal Am. Med. Association. 12. Mai 1894.*

Nichts Neues.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

123) **James Darlison. Behandlung von Diphtheritis mit löslichen Quecksilbersalzen. (Treatment of diphtheria by the soluble salts of mercury.)** *Lancet. 18. August 1894.*

Verf. giebt leider keine genaueren Notizen über seine behandelten Fälle, nicht einmal über die Zahl derselben. Wie gross der Procentsatz von Heilungen ist, kann er natürlich auch nicht angeben. Hydrargyrum perchloridum wird innerlich gegeben mit Chlorkali und Eisen. Genauere Dosirungen sind nicht angegeben.

ADOLPH BRONNER.

124) **W. Sumpter. Zur Behandlung der Diphtheritis. (The treatment of diphtheria.)**

Neun Fälle genasen, behandelt mit Schwefel innerlich und Gurgeln mit Salzsäure, Eisenchlorid und Chinin.

ADOLPH BRONNER.

125) **W. Niall** und **M. Ling. Die Behandlung der Diphtheritis mit Insufflationen und Tabloids von Magnesiumsulfid. (Treatment of diphtheria by insufflations and tabloids of sulphite of magnesium.)** *Lancet. 28. Aug. 1894.*

Niall glaubt, dass wenn man früh genug insufflirt, die Erkrankung weniger heftig auftritt und die weitere Bildung von Membranen verhindert wird. Sobald die Membran verschwindet, soll man nicht mehr insuffliren. Ausser dem Magnesiumsulfid soll Eisen, Strychnin etc. gegeben werden.

Ling hat 15 Fälle nach Martin's Methode behandelt und alle sind genesen.

ADOLPH BRONNER.

126) **W. Gayton. Tracheotomien im Northwestern Hospital, Haverstock Hill. (Tracheotomies in the Northwestern Hospital, Haverstock Hill).** *Lancet. 11. August 1894.*

Von 161 operirten Fällen sind 97 gestorben, die meisten (64) in Folge von nachfolgender Invasion der Bronchien und der Lunge; 16 an Herzschwäche. 60 pCt. der Kinder starben vor dem dritten Tage nach der Operation. Die Canüle wurde zwischen dem 5. und 10. Tage entfernt. Vor, bei und nach der Operation wurde antiseptisch verfahren. Chloroform wurde immer gegeben.

ADOLPH BRONNER.

127) **J. Kuprianow** (Greifswald). **Experimentelle Beiträge zur Frage der Immunität bei Diphtherie.** *Centralbl. f. Bakteriologie u. Parasitenk. 1894. XVI.*

Die Ergebnisse der K.'schen Untersuchungen sind unter manchen anderen folgende:

Das Maximum der erreichbaren Immunisirungskraft scheint je nach der Thierspecies verschieden zu sein. Die Immunisirungskraft des Serums immunisirter Ratten ist geringer als die der Hunde.

Die Bildung eines starken Diphtheriegiftes in Bouillonculturen erfolgt nach 2—3 Wochen, wofern die Reaction der Peptonbouillon für Phenolphthaleïn neutral gemacht war.

A. ROSENBERG.

128) **Bardach. Studien über die Diphtheritis. (Études sur la diphthérie.)** *Annales de l'Institut Pasteur. IX. No. 1.*

Aus seinen Experimenten schliesst Verf. Folgendes: Führt man abgeschwächte

Diphtheriebacillen in den Organismus ein, so gewinnen dieselben dort, in einem gegebenen Momente, erneute Virulenz. Sie haben pyogene Fähigkeit und aus dem Eiterherde kann man die virulentesten Bacillen herauszüchten. Neben diesen findet man aber in den Phagocyten eingeschlossen Bacillen in allen Stadien des Zerfalls.

Man kann Hunde immunisiren, indem man ihnen kleine, beständig wachsende Dosen stark giftiger Cultur injicirt. Jedoch die Immunität, so hoch sie ansteigen mag, bleibt doch immer eine relative.

Der Immunisirungsvorgang spielt sich in den Körperzellen ab, die sich daran gewöhnen, die Bacillen zu vernichten und das Diphtherie-Gegengift auszuscheiden. Diese Antitoxine circuliren im Blute und erzeugen eine gewisse Reizung der Zellen, die dadurch zum Kampf gegen die Wirkung der Toxine befähigt werden.

Die präventive und heilende Kraft eines Serums ist für die verschiedenen Thierarten nicht die gleiche. Die Immunität tritt alsbald nach der Injection des Serums ein. Meerschweinchen sind noch 4 Monate nach der Impfung refractär und Kaninchen widerstehen 3 Monate nach der Vaccination einer Infection von der Trachea aus.

A. CARTAZ.

129) **Chaillon** und **Louis Martin. Klinische und bakteriologische Studien über die Diphtherie. (Étude clinique et bactériologique sur la diphthérie.)** *Annal. Instit. Pasteur. VIII. No. 7.*

An einem Material von 198 Kindern, die wegen suspecter Anginen in das Krankenhaus kamen, studiren die Verff. Verlauf und Entwicklung der Krankheit. Die bakteriologische Untersuchung gestattete eine scharfe Differenzirung der verschiedenen Anginen und es zeigte sich, wie die Verff. auseinandersetzen, dass das klinische Bild sich in paralleler Richtung bewegte.

Von Anginen fanden sich insgesammt 99.

a) Nicht diphtheritische Anginen: 29 Fälle; kein Exitus (1 Fall mit Pneumococcen, 4 mit Staphylococcen und 11 mit Streptococcen).
b) Reine diphtheritische Anginen: gutartig: 30 Fälle, darunter kein Exitus; schwer: 14 Fälle mit 10 Todesfällen.
c) Diphtheritische Anginen mit Mischinfection: 26 Fälle (14 mit Streptococcen, davon 13 Todesfälle; 5 mit Staphylococcen, sämmtlich ad exitum kommend; 7 mit verschiedenen Mikroben).

Croupfälle (Laryngitis diphtherica) kamen ebenfalls 99 zur Beobachtung und zwar:

a) Nicht diphtheritisch, ohne Angina: 7 Fälle, 1 Exitus.
b) Anfangs nicht diphtheritisch, durch Contagion später diphtheritisch geworden: 7 Fälle, 3 Todesfälle.
c) Diphtheritischer Croup: 85 Fälle, 55 Todesfälle.

A. CARTAZ.

130) **E. Roux** und **L. Martin. Beitrag zum Studium der Diphtheritis (Serumtherapie). (Contribution à l'étude de la diphthérie [serumtherapie])** *Annal. de l'Institut Pasteur. VIII. 9.*

Die Verff. geben in der vorliegenden Arbeit genaue Anweisungen über die Bereitung des antidiphtherischen Serums. Eine 3—4 Wochen alte an feuchter

Luft gezüchtete Bouilloncultur von virulenten Diphtheriebacillen wird durch Chamberland'sche Kerzen filtrirt und die klare Flüssigkeit in gutverschlossenen Gefässen vor Licht geschützt aufbewahrt. Von diesem Toxin tödtet 0,1 ccm ein 500 g schweres Meerschweinchen in 48 Stunden.

Zur Immunisirung mischen die Verff. das Toxin mit Jodlösung ($^2/_3$ Cultur, $^1/_3$ Gram'sche Lösung); als geeignetstes Versuchsthier erschien ihnen das Pferd. Durch fortschreitende Dosen von $^1/_4$ ccm bis zu 250 ccm wird das Pferd in etwa 80 Tagen bis zu einem hohen Immunitätsgrad gebracht und es liefert dann grosse Quantitäten Serum. Durch fortdauernde Injectionen kleiner Dosen reinen Toxins wird die Immunität des Pferdes erhalten.

Das so gewonnene Pferdeserum hebt die Wirkung des Toxins auf. Die Verff. erweisen im Experimente, dass das Serum 1. Meerschweinchen vor späterer Infection mit den virulentesten Bacillen schützt, 2. nach der Impfung beigebracht, die Thiere heilt.

Gegen Mischinfection mit Streptokokken wirkt das Serum weniger günstig.

A. CARTAZ.

131) **E. Roux, L. Martin** und **A. Chaillon. Dreihundert Fälle von Diphtherie mit Diphtherieserum behandelt. (300 cas de diphthérie traités par le serum antidiphthéritique.)** *Annales de l'Instit. Pasteur. VIII. 9.*

Von den 300 Fällen, bei denen allen die Anwesenheit von Diphtheriebacillen in den Membranen nachgewiesen war, starben 78 = 26 pCt. Die Mortalität der früheren Jahre im gleichen Hospital war 51 pCt. Die 300 Fälle theilen sich in

a) diphtheritische Anginen	120 Fälle,	9 Todesfälle
Diphtheritis mit Staphylokokken	14 „	0 „
„ „ Streptokokken	35 „	12 „
b) Croupfälle (diphtheritische Laryngitis):		
ohne Tracheotomie	10 „	1 „
mit „	121 „	56 „

Das Pferdeserum wurde unter die Haut an der Seite in einer Menge von 20 ccm eingespritzt (etwas mehr als $^1/_{1000}$ des Gewichtes des Kindes). Eine locale Reaction wurde nicht constatirt. Die Injection wurde bei manifester Diphtherie am folgenden Morgen und auch die nächsten Tage wiederholt, im Ganzen jedoch nicht mehr als 80—100—120 ccm Serum gegeben; nur ein Fall von ausnahmsweiser Schwere erforderte in 30 Tagen 205 ccm.

Das Allgemeinbefinden verändert sich nach der Injection überaus schnell. Das Kind wird heiterer, bekommt Farbe und Appetit. Nach 24 Stunden vermehren sich die Membranen nicht weiter und sie beginnen sich loszustossen. Die Temperatur sinkt, Puls und Athmung werden besser. Die postdiphtheritischen Affectionen, Lähmungen etc. sind weniger häufig und weniger dauerhaft.

A. CARTAZ.

132) **de Crésantignes. Die Behandlung der Diphtherie. (Traitement de la diphthérie)** *France médicale. 9. November 1894.*

Unter 40 Fällen von Diphtherie, die er nach Gaucher's Methode behandelte, erzielte Verf. 39 Heilungen. Er ist der Ansicht, dass man die Lokalbehand-

lung nicht aufgeben darf trotz der Serumtherapie, dass man aber statt des Sublimats und des Carbols, die nach Roux schädlich sind, wenn man die Seruminjectionen macht, Salicylsäure benutzen soll.

A. CARTAZ.

133) **de Crésantignes** (Paris). **Die locale und serumtherapeutische Behandlung der Diphtherie. (Traitement local et traitement sérumthérapique dans la diphthérie.)** *France méd. 9. November 1894.*

Indem Verf. die Ueberlegenheit der Serumbehandlung über die bisherige locale Therapie anerkennt, empfiehlt er beide zu combiniren, da die locale Methode (was er an der Hand zahlreicher von ihm beobachteter Fälle beweist) nicht nur gegen die specifischen Mikroben, sondern auch gegen die associirten Bacterien wirksam ist.

LUC.

134) **C. Gordon. Bemerkungen über die neuere Literatur über die Diphtheritis und ihre Behandlung mit Antitoxin. (Notes on the recent literature of diphtheria and its treatment by antitoxin.)** *Med. Press and Circular. 26. December 1894.*

Kurze Bemerkungen.

ADOLPH BRONNER.

135) **O. C. Maurice. Zwei Fälle von Diphtheritis mit Antitoxin behandelt. (Two cases of diphtheria treated with antitoxin.)** *Lancet. 27. October 1894.*

Im ersten Falle wurde drei Mal injicirt. Nach 5 Tagen starb das Kind. (Ursache?) Der zweite Fall genas.

ADOLPH BRONNER.

136) **A. Mac Gregor. Ein Fall von Diphtheritis mit Antitoxin behandelt. (Case of diphtheria treated with antitoxin.)** *Lancet. 3. November 1894.*

Ein Knabe von 10 Jahren war seit 5 Tagen erkrankt. Zwei Mal wurden 15 Tropfen von Schering's Lösung eingespritzt. Beide Mal zeigte sich eine Besserung aller Symptome. Genesung.

ADOLPH BRONNER.

137) **B. Roué. Ein Fall von Diphtheritis. Gute Wirkung von Antitoxin nach der Tracheotomie. (A case of diphtheria. Beneficial effect of antitoxin after tracheotomy.)** *Lancet. 10. November 1894.*

Fünf Cubikcentimeter wurden injicirt; augenblicklich Besserung.

ADOLPH BRONNER.

138) **R. L. Romer. Diphtheritis mit Antitoxin behandelt. Tod durch Herzschlag. (A case of diphtheria treated with antitoxin. Death from cardiac failure.)** *Lancet. 10. November 1894.*

Bei einem Knaben von 13 Jahren wurden 10 Tage nach Beginn der Krankheit sechs Tropfen des Antitoxins (welches?) eingespritzt. Besserung. Am nächsten Tage wurden wieder 5 Tropfen und am folgenden Tage noch einmal 15 Tropfen von Schering's Antitoxin eingespritzt. Nach 2 Tagen plötzliche Cyanose. Trotz nochmaliger Injection (wie viel?) trat der Tod ein.

ADOLPH BRONNER.

139) **J. Reid. Diphtheritis mit Antitoxin behandelt. (Diphtheria treated by antitoxin.)** *Lancet. 17. November 1894.*

Ein Mädchen von 11 Jahren war seit 5 Tagen erkrankt. Zwanzig Cubiccentimeter von Ruffer's Antitoxin wurden injicirt. Nach 3 Stunden auffallende Besserung. Nach einem Tage verschwanden die Membranen.

ADOLPH BRONNER.

140) **J. A. Turner. Ein Besuch in Paris, um die Behandlung der Diphtheritis mit Antitoxin-Serum praktisch kennen zu lernen. (A visit to Paris to inquire into the practical treatment of diphtheria with antitoxin-serum.)** *Lancet. 17. und 24. November 1894.*

Verfasser beschreibt, wie in Paris das Antitoxin bereitet und wie es injicirt wird. Er bespricht dann einige dort behandelte Fälle. Wenn der wahre Diphtheriebacillus bei einem Falle allein gefunden wird, so ist die Prognose sehr günstig zu stellen. Sobald aber auch Streptokokken oder Staphylokokken vorhanden sind, ist die Prognose ungleich schlechter. ADOLPH BRONNER.

141) **A. Mc Gregor. Diphtheritis complicirt mit Masern, mit Antitoxin behandelt. (Diphtheria complicated by measles treated with antitoxin)** *Lancet. 24. November 1894.*

Eine Frau von 25 Jahren hatte Masern. 8 Tage nach dem Erscheinen des Ausschlages traten Halsschmerzen auf mit Belägen auf den Tonsillen. Bacillen wurden gefunden. Es wurden zwei Mal 15 Tropfen Antitoxin eingespritzt. Genesung.

ADOLPH BRONNER.

142) **J. Adams. Die praktische Behandlung der Diphtheritis mit Antitoxin. (The practical treatment of diphtheria with antitoxin.)** *Lancet. 1. December 1894.*

Verfasser erwähnt die Berichte von Turner aus Paris, nach denen 24,3 pCt. der Fälle bei der Antitoxinbehandlung starben.

Nach seinen Erfahrungen starben ohne Antitoxin 18,0 pCt. im Spital und 24,1 pCt. der zu Hause behandelten. ADOLPH BRONNER.

143) **Sims Woodhead. Die Diagnose und Antitoxin-Serum-Behandlung der Diphtheritis. (Diagnosis and antitoxin-serum treatment of diphtheria.)** *Lancet. 15. December 1894.*

Mortalität: von 1888—93 starben in den Londoner Spitälern von 7932 Patienten 2481 oder 31,3 pCt. Es folgt ein ausführlicher Bericht über die Aetiologie der Diphtheritis, ihre bacteriologische Diagnose und die Bereitung des Heilserums.

ADOLPH BRONNER.

144) **F. Klein. Die Bereitung von Behring's Diphtheritis-Antitoxin. (The preparation of Behring's diphtheria antitoxin.)** *Lancet. 15. December 1894.*

Verfasser weist darauf hin, dass bei der Methode von Roux, die Einspritzung von Toxin in das schon oft eingespritzte Pferd, ein ganzer Theil des Toxins neutralisirt wird durch das im Blut schon vorhandene Antitoxin. Deshalb dauert es

so lange bis das Blut genügend antitoxisch gemacht werden kann. Seine eigene Methode ist folgende: Zuerst werden abgeschwächte (durch lange Fortzüchtung der Cultur) lebende Bacillen eingespritzt mit ihrem Toxingehalt. Dann werden grosse Quantitäten von lebenden Diphtheriebacillen (ohne ihre Toxine) entnommen von der Oberfläche fester Culturmedien (Agar und Gelatine) wiederholt eingespritzt. In diese Weise kann von 23 zu 23 Tagen antitoxisches Serum gewonnen werden.

ADOLPH BRONNER.

145) **C. Newington, R. Walter, J. Horne, B. Rogers, Hamilton, Mules, Steele, Sutton, Travers, O. Stephenson. Fälle von Diphtherie mit Antitoxin behandelt. (Cases of diphtheria treated by antitoxin.)** *Brit. Med. Journal. 17., 24. November, 1., 7., 15., 29. December 1894.*

Eine Reihe von Fällen mit meist günstigem Verlauf.

ADOLPH BRONNER.

146) **R. Frish, P. Fowler, T. Wakeling. Die Antitoxin-Behandlung bei Diphtheritis. (The antitoxin treatment of diphtheria.)** *British Medical Journal. 3. November 1894.*

Fowler injicirte 2 ccm von Aronson's Antitoxin bei einem Mädchen von 3 Jahren. 5 Tage nachher Eiweiss im Urin. Genesung.

Frisch injicirte 19,5 ccm von Ruffer's Lösung bei einem Knaben von 11 Jahren. Genesung.

Wakeling injicirte 5 ccm und 3 ccm von Aronson's Lösung.

Es musste tracheotomirt werden und das Kind starb plötzlich.

ADOLPH BRONNER.

147) **J. Simpson, W. Lees, W. Chrishe, J. Philipps. Antitoxin-Behandlung bei Diphtheritis. (Antitoxin treatment of diphtheria.)** *British Med. Journal. 10. November 1894.*

Drei Fälle in einem Hause. Ein Fall mit Antitoxin behandelt genas. Die zwei anderen starben, ohne Tracheotomie.

Lees injicirte bei einem Falle zwei Mal 15 Tropfen Antitoxin, obgleich vorher schon Eiweiss im Urin war ($^1/_{10}$). Genesung.

Chrishe musste ein Kind von 7 Jahren tracheotomiren; nacher wurden 5 ccm Serum injicirt. Genesung.

Philipps injicirte bei einem Mädchen von 4 Jahren zwei Mal 10 und und 8 Tropfen von Aronson's Lösung. Genesung.

ADOLPH BRONNER.

148) **J. Washbourn, F. W. Goodall, A. Card. Eine Serie von 80 Fällen von Diphtherie mit Antitoxin behandelt. (A series of 80 cases treated with diphtheria antitoxin.)** *Brit. Med. Journal. 22. December 1894.*

In einem Drittel der Fälle wurde der Bacillus in der Membran gefunden. Fast alle diese Fälle waren schwer. In 13 Fälle entwickelte sich nur der Diphtheriebacillus in der Cultur. In 45 Fällen wurde der Streptococcus gefunden; diese Fälle waren meist leichte (?).

19,4 pCt. der mit Injectionen behandelten Fälle starben. 9 Mal wurde tracheotomirt, wovon 6 starben.

ADOLPH BRONNER.

149) **Benario. Serumtherapie.** *Zeitschr. f. ärztl. Landpraxis. 1894.*

Dem Referenten nicht zugänglich. SEIFERT.

150) **Baroni. Zwei Diphtheriefälle durch Serotherapie geheilt. (Due casi di difterite guariti colla sieroterapia.)** *Morgagni. 1894. No. 12.*

Klinische Beschreibung der Fälle. Nicht Neues. TOTI.

151) **Leitartikel. Serotherapie.** *Rassegna Medica. No. 18.*

Nichts Neues. TOTI.

152) **Scalfi. Statistisches über Diphtherie. (Cenni statistico sulla difterite.)** *Gazz. med. Lombarda. 1894. No. 46 u. 47.*

S. beschäftigt sich nicht nur mit der Statistik, sondern auch mit der Technik der bakteriologischen Beobachtung und der Serumbehandlung. TOTI.

153) **Losio. Ueber Serotherapie. (Sulla sieroterapia.)** *Gazz. med. Lombarda. 1894. No. 48, 49, 50.*

L. beschreibt, was er in Pariser Spitälern und am Institut Pasteur gesehen hat. TOTI.

154) **Austin O'Malley. Die Diphtheritis und die Serumtherapie. (Diphtheria and the serum therapy.)** *N. Y. Med. Journal. 20. October 1894.*

Eine vorzügliche Uebersicht über den Stand der Serumfrage.

LEFFERTS.

155) **Redaction. Mittheilung. Das Diphtheritis-Antitoxin in New York. (Diphtheria antitoxine in New York.)** *N. Y. Med. Journal. 15. December 1894.*

Von ausschliesslich localem Interesse. LEFFERTS.

156) **Redactionelle Notiz. Die Serumtherapie bei Diphtheritis. (The diphtheria serum therapy.)** *N. Y. Med. Journal. 22. December 1894.*

Nichts von Bedeutung. LEFFERTS.

157) **Adolf Baginsky. Die Behandlung der Diphtheritis mit specieller Berücksichtigung der Wirksamkeit des Serums. (The treatment of diphtheria with special reference to the efficacy of antitoxin.)** *N. Y. Medical Record. 6. Oct. 1894.*

Der Artikel geht über das von B. in seinen deutschen Arbeiten Ausgesprochene nicht hinaus. LEFFERTS.

158) **Louis Fischer. Das Diphtherie-Antitoxin oder Heilserum bei der Behandlung der Diphtherie. (Diphtheria antitoxin or healing serum in the treatment of diphtheria.)** *N. Y. Med. Record. 6. October 1894.*

Eine theoretische Darlegung der experimentellen Grundlage, Technik etc. der Serumtherapie und Bericht über 1 geheilten Fall. LEFFERTS.

159) **Louis Fischer. Antitoxin bei Diphtherie. Zweite Arbeit auf Grund ausgedehnter Krankenhauserfahrungen mit einigen praktischen Bemerkungen über die Behandlung dieser Krankheit. (Antitoxin in diphtheria. Second paper, being extended experience in this City and in Municipal Hospital of Philadelphia with some practical points in the treatment of the disease.)** *N. Y. Med. Record. 17. November 1894.*

Der Titel der Arbeit ist leicht misszuverstehen; F.'s eigene Erfahrungen mit dem Serum sind keineswegs „ausgedehnte", doch berichtet er viel über die Erfahrungen anderer (Katz, Baginsky, Aronson, Roux, Heubner). Die practischen Hinweise, die der Verf. am Schluss seiner Arbeit giebt, dürften gerade jetzt von Interesse und Werth sein. LEFFERTS.

160) **Redactionelle Notizen. Die neue Diphtheriebehandlung etc. (The new treatment of diphtheria etc.)** *N. Y. Med. Record. 27. October, 10., 17. und 24. November 1894. N. Y. Med. Journal. 13. October, 10. u. 17. November 1894.*

Verschiedene redactionelle Artikel, in denen die in deutschen und anderen Blättern erschienen Mittheilungen über die bisherigen Resultate der Serumtherapie resumirt werden. LEFFERTS.

161) **Redactionelle Notiz. Das französische Publikum und die Serumtherapie gegen Diphtheritis. (The french public and the serum treatment for diphtheria.)** *N. Y. Med. Record. 3. November 1894.*

Der Artikel berichtet über den reichen Erfolg des zur Gründung einer Antitoxinabtheilung am Institut Pasteur eröffneten Subscription sowie über die unentgeltliche Vertheilung von Serum auf Gemeindekosten. LEFFERTS.

162) **W. S. Gleason. Der Gebrauch von Antitoxin bei Diphtheritis nach Scharlach. (The use of antitoxin in diphtheria following scarlet fever.)** *N. Y. Med. Record. 10. November 1894.*

Krankengeschichte eines mit Erfolg behandelten Falles. LEFFERTS.

163) **C. W. Chancellor. Diphtheritis-Antitoxin in Frankreich. (Diphtheria antitoxin in France.)** *N. Y. Med. Record. 17. November 1894.*

Der Consul der Vereinigten Staaten in Havre empfiehlt in einem Bericht an das Secretary of State, dass in Amerika jeder Staat und jedes Municipal-Government für sich die Antitoxinbereitung in die Hand nehmen solle. Die in Paris gemachten Erfahrungen forderten dazu auf. Roux habe der Nachfrage nach Serum nicht gerecht werden können, nur für die dringendsten Fälle könne er geringe Quantitäten Serum an die Provinzen abgeben. LEFFERTS.

164) **A. C. White. Die Antitoxinbehandlung bei Diphtherie nach Erfahrungen am Parker Hospital, N. Y. (Antitoxin treatment of diphtheria based upon a series of cases treated at the Parker Hospital, N. Y.)** *N. Y. Medical Record. 17. November 1894. Phil. Med. News. 17. November 1894.*

Behandelt wurden 20 besonders schwere Fälle, über die Verf. eingehend berichtet. Die Sterblichkeit, die sonst 50 pCt. betrug, ging auf 28,5 pCt. herab.

LEFFERTS.

165) **W. Weyman. Antitoxin bei Diphtheritis, (Antitoxin for diphtheria.)** *N. Y. Med. Record. 1. December 1894.*

Nichts von Bedeutung. LEFFERTS.

166) **M. A. Goldstein. Diphtherieheilserum. (Diphtheria-Heilserum.)** *Medical Fortnightly. 15. October 1894.*

Blosse Beschreibung der Technik der Serumgewinnung.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

167). **A. Caillé. Die Behandlung der Diphtheritis mit Antitoxin — ein kurzer Bericht über 9 Fälle. (Treatment of diphtheria with antitoxin — a brief report of 9 cases.)** *Am. Medico-Surgical Bulletin. 1. December 1894.*

Ein Fall kam bereits moribund zur Behandlung. Von den anderen 8 genasen 7. Sämmtliche Fälle waren sehr schwer. Ein Patient, der sogleich beim Ausbruch der Erkrankung in Behandlung kam, genas prompt nach 2 Seruminjectionen ohne sonstige Behandlung.

Die locale Behandlung soll nach Verf. weiter indicirt bleiben für alle zur Diphtherie zählenden Erkrankungsfälle, einschliesslich der Pseudodiphtherie, des membranösen Croups u. s. w. Prophylactische Injectionen hält C. für indicirt bei allen Zuständen, bei denen Diphtherie eine häufige Complication ist, also bei Scharlach, Masern, Keuchhusten (und vielleicht auch vorsichtshalber vor Tonsillotomien und anderen Operationen im Nasopharynx).

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

168) **Frank J. Thornbury. Die specifische Behandlung der Diphtheritis mittelst Antitoxin. (The specific care of diphtheria by antitoxin)** *Phil. Med. News. 20. October 1894.*

Verf. giebt einen Ueberblick über den Stand der Serumfrage; er stellt diese Therapie noch über die Kuhpockenimpfung und ist der zuversichtlichen Hoffnung, dass die Diphtherie unter dem Einfluss des Serums zu einer harmlosen Erkrankung werden wird. LEFFERTS.

169) **Redactionelle Mittheilungen. Die Serumtherapie bei Diphtheritis. (The serum treatment of diphtheria.)** *Phil. Med. News. 27. October, 24. November und 1. December 1894.*

Uebersichten über die einschlägige, in englischen und continentalen Blättern veröffentlichte Literatur. LEFFERTS.

170) **Arnold W. Catlin. Ein Fall von Diphtheritis mit Antitoxin behandelt. (A case of diphtheria treated with the antitoxin.)** *Philad. Medical News. 10. November 1894.*

Krankengeschichte eines geheilten Falles. LEFFERTS.

171) **Wm. H. Park. Antitoxinbehandlung bei Diphtheritis. (Antitoxin treatment of diphtheria.)** *Phil. Med. News. 17. November 1894.*

Verf. bespricht die im Thierexperiment mit dem Serum gemachten Erfahrungen; er weist darauf hin, wie viel grössere Mengen desselben zum Heilen

nöthig sind, als zum Immunisiren. Zum Schluss stellt er 1180 mit dem Antitoxin behandelte Fälle mit einer Mortalität von nur 20 pCt. zusammen.

LEFFERTS.

172) **Wm. M. Welch. Klinischer Bericht über 5 mit Antitoxin behandelte Fälle von Diphtheritis. (A clinical report of five cases of diphtheria treated with the antitoxin.)** *Phil. Med. News. 17. November und 1. December 1894.*

Weitere Mittheilungen über obige 5 Fälle. LEFFERTS.

173) **Redactionelle Notiz. Die Behandlung der Diphtheritis mit Antitoxin. (The treatment of diphtheria with the antitoxin.)** *Philad. Medical News. 17. November 1894.*

Eine Uebersicht über die bisherige Literatur der Frage. Der Artikel schliesst: „Bei der beklagenswerthen Langsamkeit der amerikanischen Aerzte, die noch zögern sich ein eigenes Urtheil über die Methode zu bilden, haben die Medical News zur Anregung der Collegen selbst diese Therapie in einer freilich sehr beschränkten Anzahl von Fällen eingeleitet unter Benutzung der geringe Menge Serum, die bisher zu beschaffen war. Ueber das Resultat berichtet zu einem Theile die Mittheilung, die sich an anderer Stelle dieser Nummer befindet.“

LEFFERTS.

174) **Redactionelle Notiz. Specialbericht der Medical News' über die Behandlung der Diphtheritis mit Antitoxin. (The Medical News' special report on the treatment of diphtheria with the antitoxin.)** *Philad. Med. News. 17. November 1894.*

Ein kurzer Bericht über 5 mit Serum behandelte Fälle. Die Medical News beglückwünschen sich selbst zu ihrer Unternehmung. Ihre Behandlung der fünf Fälle zeugte von ihrer Generosität und ihrem grossen Interesse für die Sache. Wir fügen hinzu, dass der Bericht nur ein partieller und das Resultat ist: „die Prüfung muss fortgesetzt werden“. LEFFERTS.

175) **Rumpf. Die Behandlung der Diphtheritis mit Antitoxin. (The treatment of diphtheria with the antitoxin.)** *Philad. Med. News. 15. December 1894.*

Der Bericht umfasst 26 Fälle; davon werden 4 als mild, 8 als mässig schwer, 13 als schwer bezeichnet. Tracheotomirt wurden 7 Fälle. Es starben 2 Patienten = 8 pCt. LEFFERTS.

176) **Redactionelle Bemerkung. Die Behandlung der Diphtheritis mit Antitoxin. (The treatment of diphtheria with the antitoxin.)** *Phil. Med. News. 15. u. 22. December 1894.*

Eine allgemeine Uebersicht über die Frage der Serumtherapie, wie sie in logischer Entwicklung aus den modernen Anschauungen über die Infectionskrankheiten herausgewachsen ist. Es scheint fast, als ob schon Mithridates 100 Jahre vor Christi Geburt eine Ahnung von der Immunität und der Blutserumtherapie gehabt hätte. Bekannt ist seine Fertigkeit, chemische Antidota gegen tödtliche Gifte anzuordnen. Aber er ging noch weiter; Plinius berichtet, dass er die Enten des Pontus mit giftigen Substanzen fütterte und ihr Blut dann mit den Gegen-

giften vermischte, um diese wirksamer zu machen; sanguineam anatum Ponticorum miscere antidotis quoniam veneno viverent. LEFFERTS.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

177) **W. P. Porcher. Hals- oder Lungenerkrankung? Mit ein paar Krankengeschichten. (Throat versus lung with illustrative cases.)** *Trans. Medical Society of South Carolina. 1894. p. 97.*

Verf. berichtet über einige Fälle von Kehlkopferkrankung, die fälschlich für Phthisis incipiens gehalten wurden. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

178) **L. Barajas** (Madrid). **Kehlkopferscheinungen bei Abdominaltyphus. (Complicaciones laringeas en la fiebre tifóidea.)** *Revista de med. y cir. práct. 1894. No. 426. 22. März.*

Im Interesse der Diagnose, Prognose und Therapie theilt Verf. die Kehlkopfbetheiligung beim Typhoid in die 5 Gruppen der catarrhalischen, folliculären, ulcerös-necrotischen, pseudomembranösen Entzündung und der Motilitätsstörungen, die er der Reihe nach bespricht und dann folgende Thesen aufstellt: 1. Der leichte Verlauf des Typhusprocesses ist keine Bürgschaft für das Ausbleiben von Kehlkopferscheinungen. 2. Dieselben treten immer erst in der zweiten Woche oder später, nie früher auf. 3. In den Verlauf der Krankheit bringen sie keine Abweichung, können aber für sich allein den Tod verursachen. 4. Bei Anzeichen von Glottisödem muss sofort der Luftröhrenschnitt gemacht werden, ohne auf das Stärkerwerden der Athembeschwerden zu warten, denn da der Process nie zurückgeht, kommt man mit dem Eingriff leicht zu spät. SENTINON.

179) **Lunin** (Petersburg). **Fall von Laryngitis phlegmonosa.** *Petersburger med. Wochenschr. 1894. No. 43.*

Demonstration des Kehlkopfs eines an Laryngitis phlegmonosa verstorbenen Pat. Pat. war ziemlich plötzlich erkrankt unter Erscheinungen einer schweren Dyspnoe. Das laryngoscopische Bild sprach für Laryngitis phlegmonosa. Pat. starb, bevor die Instrumente zur Tracheotomie herbeigeschafft werden konnten. Section: Die Epiglottis enorm durch Oedem glasig gequollen, desgleichen auch die linke ary-epiglottische Falte; letztere derart, dass dieselbe den Kehlkopfeingang vollkommen verlegt. Auch im Innern des Kehlkopfs die Mucosa geröthet und stark ödematös. Auf Schnitten durch die geschwollene Epiglottis entleert sich eine eitrige trübe Flüssigkeit. Autoreferat.

180) **W. Freudenthal. Sind die Laryngitis sicca und Stoerk's Kehlkopfblenorrhoe ein und dieselbe Krankheit? (Is laryngitis sicca and Stoerk's blenorrhoea of the larynx one and the same disease?)** *Annals of Ophthalm. and Otol. April 1894.*

F. bespricht einen Fall von Laryngitis sicca und hält sie für identisch mit Stoerk's Blenorrhoe. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

181) **Keimer** (Düsseldorf). **Unheilbarkeit der Kehlkopfphthise?** Festschr. d. Ver. d. Aerzte d. Reg.-Bezirk Düsseldorf. Wiesbaden. 1894.

Dem Ref. nicht zugänglich. SEIFERT.

182) **A. Espina y Capo** (Madrid). **Therapie der Complicationen der Lungen-Kehlkopftuberkulose. (Tratamiento de los complicaciones de la tuberculosis laringo-pulmonar.)** Madrid. N. Moya. 1894. 322 pp.

In der medicinischen Klinik des Allgemeinen Krankenhauses zu Madrid gehaltene Vorträge über die Behandlung der lästigen Begleit- und Folgezustände der Lungenschwindsucht und demnach von mehr Interesse für den praktischen Arzt als den Specialisten. SENTINON.

183) **Gouguenheim. Die chirurgische Behandlung der Larynxphthise. (Traitement chirurgical de la phthisie laryngée.)** *Annales des maladies de l'oreille. April 1894. No. 4.*

Verf. bespricht die verschiedenen Methoden des chirurgischen Eingriffes bei der Kehlkopftuberculose: die Electrolyse, die Galvanokaustik, die Tracheotomie und schliesslich die eigentliche chirurgische Behandlung. Er bevorzugt den Gebrauch der Curette, bespricht die Technik ihrer Anwendung und umgrenzt die Fälle, in denen diese Methode am Platze ist. Eine statistische Zusammenstellung der Erfolge dieser Behandlung schliesst die Arbeit. E. J. MOURE.

184) **T. Heryng. Die Resultate der chirurgischen Behandlung der tuberkulösen Laryngitis, auf Grund der Erfahrungen an 252 Fällen. (Results of the surgical treatment of laryngeal phthisis based on 252 cases)** *Journal of Laryngology. Mai 1894.*

Die chirurgische Behandlung sei bis jetzt von wenigen Autoren befürwortet. Als unangenehme Begleiterscheinungen werden genannt:

1. Der Schmerz. Bei Gebrauch von Cocain und scharfen Instrumenten sei derselbe meist gering.

2. Starke Blutung. Eine solche wurde unter 270 Fällen nur zwei Mal beobachtet. Es wurden gleiche Theile Liqu. Ferri sesquichlor. und 50 pCt. Milchsäure applicirt. Bei harter Infiltration der falschen Stimmbänder sei es besser (wegen der zu befürchtenden starken Blutung) mit Electrolyse oder dem Galvanocauter zu operiren.

3. Allgemeine tuberculöse Infection. Heryng hat nie einen Fall dieser Art gesehen: von Chirurgen werden auch sehr wenige erwähnt.

Bei oberflächlicher Ulceration, auch wenn Granulationen vorhanden, soll man 25—50 pCt. Milchsäure appliciren. ADOLPH BRONNER.

185) **T. Heryng. Die locale Behandlung der tuberkulösen Laryngitis und ihre Indicationen. (The local treatment of tubercle of the larynx and its indications.)** *Journal of Laryngol. and Rhinol. August 1894.*

1. Tuberculöse Laryngitis kann spontan heilen.

2. Von 3000 Fällen sind 14 spontan geheilt,

3. Die günstigsten Fälle sind die, in welchen die hintere Wand afficirt ist und Epiglottis sowie Santorinische Knorpel nicht stark ergriffen sind.

4. Einseitige Affectionen mit wiederholter Anschwellung sind oft günstig.

5. Diffuse Infiltration mit Ulceration ist ungünstig.

6. Die Genesung hängt ab von der Constitution, dem Grade der Lungenaffection und vom Alter des Patienten sowie seinen hygienischen Verhältnissen.

7. Es ist sehr wichtig, die Dysphagie zu beseitigen und Stenose zu vermeiden. Absolute Ruhe des Organs ist sehr wichtig.

8. Bei starker Ulceration und Infiltration soll man diese chirurgisch entfernen.

9. Milchsäure ist angezeigt bei oberflächlicher Ulceration mit Granulationen; dieselbe ist nutzlos bei grossen harten Infiltrationen.

10. Chirurgische Behandlung ist nicht angezeigt:

a) bei vorgeschrittener Lungenaffection mit Abmagerung;
b) bei diffuser Miliartuberculose des Larynx und Pharynx;
c) bei Kachexie;
d) bei starker Stenose; hier muss tracheotomirt werden;
e) bei stark nervösen und ängstlichen Patienten, besonders wenn die Aussicht auf Besserung gering ist.

11. Es darf nur im Hause des Patienten oder im Spital operirt werden.

(Es lohnt sich diese interessante Abhandlung im Original nachzulesen. Ref.)

ADOLPH BRONNER.

186) **Jacquin. Eine seltene Form der Plaques muqueuses der Stimmbänder. (Forme rare de plaques muqueuses des cordes vocales.)** *Union méd. du Nord-Est. Reims. 1894. p. 101.*

Nicht zugänglich. A. CARTAZ.

187) **Ricardo Botey. Die Syphilis hereditaria tarda des Kehlkopfs. (De la syphilis héréditaire tardive du larynx.)** *Annales des malad. de l'oreille etc. No. 5. Mai 1894.*

Verf. hat zwei Fälle von hereditären Späterscheinungen der Lues im Larynx beobachtet; er schliesst aus den Symptomen derselben: 1. dass die Spätlues im Larynx stets unter dem Bilde der tertiären Syphilis erscheint, 2. dass man besonders Gummata und hyperplastische Vegetationen der Gewebe beobachtet, 3. dass der Verlauf fast immer ein langsamer und heimtückischer ist, wodurch Verwechslungen mit Tuberculose nahegelegt werden; 4. dass häufig Rachen- und Nasenveränderungen daneben bestehen. E. J. MOURE.

188) **Elsenberg** (Warschau). **Ein Fall von syphilitischen Gummata der Larynxmuskeln.** *Archiv f. Dermatol. u. Syphilis. 1894. XXIX. Gazeta lekarska. No. 15 u. 16. 1894.*

Ausser syphilitischen Erkrankungen an den Extremitäten, fand sich bei dem von E. beobachteten Pat. Zerstörung des knorpeligen und knöchernen Septum, der Uvula, der Gaumenbögen und eines Theils des Velum, Verwachsung des weichen Gaumens mit der hinteren Rachenwand. Die Stimmbänder waren stark geröthet

und geschwellt, unterhalb derselben ragten zwei starke Wülste hervor — Chorditis vocalis inferior. Die Laryngostenose nahm allmälig zu und Pat. starb circa acht Wochen nach der Aufnahme. Grosse Gummigeschwülste umlagern den Larynx und die Trachea und dringen in die Muskeln und in's Perichondrium; der M. thyreo-aryt. wird durch gummöse Geschwülste eingenommen; sie verlaufen zu beiden Seiten, nachdem die Muskeln degenerirt wurden, nach aussen vom Larynx unterhalb der Cart. thyreoid. und fliessen hier mit der den Kehlkopf umgebenden Geschwulstmasse zusammen.

Die anderen Kehlkopfmuskeln, wie Crico-arytaen., Crico-thyreoid. etc. sind schlaff, atrophisch.

A. ROSENBERG.

189) **Crone. Lupus-Carcinom des Kehlkopfes.** *Arb. aus d. path.-anat. Institut z. Göttingen. 1894.*

Dem Referenten nicht zugänglich.

SEIFERT.

190) **P. Koch. Ein Fall von subglottischem Polyp. (Un cas de polype sous-glottique.)** *Annales des malad. de l'oreille etc. No. 6. Juni 1894.*

Der Polyp inserirte unter dem linken Stimmbande und trat während der Exspiration zwischen beide Stimmbänder. Der Verf. konnte den Tumor mit der Scheinmann'schen schneidenden Zange fassen, aber derselbe war zu hart, als dass er ihn hätte abschneiden können. Als einige Tage nachher der Versuch der Extraction wiederholt werden sollte, expectorirte der Kranke den Polypen. Beim ersten Eingriff war der Stiel stark comprimirt worden und er war in Folge dessen nekrotisch geworden.

E. J. MOURE.

191) **L. Barajas** (Madrid). **Multiple Papillome des Kehlkopfs. (Papilomas multiples de la laringe.)** *Rev. de med. y cir. práct. 1894. No. 444. 22. Dec.*

Bei einem 9jährigen Mädchen entwickelte sich nach überstandenen Masern nach und nach vollständige Stimmlosigkeit; aber erst als sich Athembeschwerden einstellten, wurde ärztliche Hilfe gesucht, die alles mögliche, selbst ein Zugpflaster auf den Vorderhals versuchte, bis schliesslich auch Verf. das arme Kind zu sehen bekam. Der Fall wird des Genaueren beschrieben und der Kehlkopfbefund abgebildet. Mit eigens dazu angefertigter Cohnheim'scher Pinzette gelang es Verf. beim ersten Versuch soviel von der Geschwulst abzureissen, dass alle Erstickungsgefahr beseitigt wurde und Zeit für weitere Behandlung gewonnen war. Verf. betont die Zweckmässigkeit, immer zunächst darauf auszugehen, durch Entfernung des Haupthindernisses der Athmung den Luftröhrenschnitt unnöthig zu machen.

SENTINON.

192) **H. Hutton. Papillom des Larynx bei Kindern. (Papillomata of the larynx in children.)** *Med. Chronicle. August 1894.*

Die Häufigkeit dieser Affection und ihre Pathologie werden kurz besprochen. Grosse Dosen von Arsenik sollen manchmal von Nutzen sein. Die Tracheotomie wird empfohlen und wenn dieser Eingriff nichts nützt, die Thyrotomie. Locale Applicationen von Cocain vermindern die Irritabilität und den Speichelfluss und sind deshalb zu empfehlen; das Gleiche gilt vom Chloroform. Fälle von anderen

Autoren werden erwähnt und zwei eigene, bei denen die Thyreotomie wiederholt gemacht werden musste. ADOLPH BRONNER.

193) **Rosenberg. Zur Behandlung multipler Papillome des Larynx bei Kindern. (The treatment of multiple papillomata of the larynx in children)** *Journal of Laryngol. and Rhinol. October 1894.*

Wegen der grossen Uneinigkeit, die betreffs der Operationsmethoden noch herrscht, bittet Verf. behufs Veranstaltung einer Art Sammelforschung um Antwort auf folgende Fragen:

1. Alter, Geschlecht des Kindes und Gewerbe des Vaters;
2. Symptome und Befund;
3. Methode und Datum der Operation;
4. Resultate (Stimme und Athmung); Tod? Recidive?!
5. Ist der Fall publicirt und wo?

ADOLPH BRONNER.

194) **Paul** und **Hunt. Zwei Fälle von Sarkom des Larynx ein Jahr nach der Operation. (Two cases of sarcoma of larynx a year after operation.)** *British Med. Journal. 8. December 1894.*

Der erste Patient, ein Mädchen von 21 Jahren, trug noch eine Trachealcanüle. Der andere, ein Junge von 13 Jahren, hatte jetzt Papillome.

Die Fälle wurden in der Liverpool Medical Institution vorgestellt.

ADOLPH BRONNER.

195) **M. Dansac. Das primäre Epitheliom der Glottis, speciell das locale recidivirende Epitheliom. (De l'épithelioma glottique primitif et en particulier de l'épithelioma local récidivant.)** *Annales des malad. de l'oreille etc. April 1894. No. 4.*

Verf. will 2 Formen von Epitheliom im Larynx unterschieden wissen: 1. das von aussen kommende, das im Oesophagus entsteht und dann auf den Larynx übergreift. 2. Das eigentliche, innere Larynxepitheliom, das in ihm selbst entsteht.

Nur mit diesem letzteren beschäftigt sich der Verf. Er trennt 3 Unterabtheilungen ab: 1. das dermoide Pflasterepitheliom, das nach der Abtragung an derselben Stelle recidivirt und das nach langem Bestehen schliesslich ad exitum führt, 2. das glanduläre Epitheliom, das sowohl zur Ulceration wie zur Generalisirung grössere Neigung zeigt, 3. das weit ausgebreitete Carcinom, das sich rapide ausdehnt und sehr schnell zur Cachexie führt.

Die besonderen Charaktere jeder dieser Formen bespricht Verf. ausführlich.

E. J. MOURE.

196) **Nicolai. Primärer Kehlkopfkrebs. (Carcinoma primitivo della laringe.)** *Giorn. dell'Ist. Nicolai. 1894. No. 3.*

Nach glücklich ausgeführter Kehlkopfextirpation und bei regelmässigem Wundverlauf ging der Operirte nach einigen Monaten leider an Recidiv zu Grunde.

TOTI.

197) **Baumgarten. Kehlkopfcarcinom mit histologischen Erscheinungen von Tuberkulose.** *Arb. aus d. path.-anat. Institut zu Göttingen. 1894.*

Dem Referenten nicht zugänglich. SEIFERT.

198) **E. P. Joannu** (Athen). **Ueber Perichondritis laryngea.** *(Περὶ περιχονδρίτιδος λαρυγγαίας.) Γαληνός· 1894. No. 13.*

Der Umstand, dass er bei einem Kranken die Diagnose auf Perichondritis laryngea tuberculosa stellte, veranlasste den Verf. vorläufig mitzutheilen, was er in Wien als Schüler Chiari's über Ursachen, Verlauf und Behandlung dieser Krankheit gelernt und dass bei 3 Sectionen, bei denen er zugegen war, Perichondritis constatirt wurde, und zwar einmal nach Abdominaltyphus bei einem 15jährigen Knaben, ein anderes Mal nach Tuberculose und im dritten Falle bei einem syphilitischen Individuum von 32 Jahren, das 26 Stunden nach der von Chiari ausgeführten Laryngotomie unter Erstickungserscheinungen zu Grunde ging.

SENTINON.

199) **Bergengrün** (Riga). **Perichondritis laryngea.** *Petersburger med. Wochenschrift. 1894. No. 47.*

Demonstration eines Kehlkopfs, welcher hochgradige perichondritische Processe aufweist, die im Verlaufe eines Typh. abd. entstanden waren. LUNIN.

200) **Baumgarten. Eine neue Methode zur Operation der interarytaenoidalen Infiltrationen. (Uj módszer a kannaporczok közti nyákhártya-infiltratumok műtevésékél.)** *Gyógyászat. 1894. No. 49.*

Verf. operirt solche Infiltrationen, wenn es ihre Form erlaubt, auf einmal mit der kalten Schlinge, da durch dies Verfahren, wo dasselbe überhaupt möglich ist, keine Zerrung des Kehlkopfes erfolgt und die Reaction fast ganz wegfällt. Am besten eignen sich die spitzen Infiltrate für diese Operation; der Schlingendraht muss dünn und federnd sein.

v. NAVRATIL.

201) **Guesdron** (Buzançais). **Nervöser Husten; hysterische Coxalgie; Anorexie; multiple Contracturen und psychische Störungen bei einem jungen Mädchen. (Toux nerveuse — coxalgie hystérique — anorexie — contractures multiples — troubles psychiques chez une jeune fille.)** *Journ. de clin. et de thérap. infant. 1894. p. 752.*

Die Ueberschrift erklärt den Fall zur Genüge. LUC.

202) **Leonhardt. Keuchhusten.** *Jahresber. d. Gesellsch. für Nat.- u. Heilk. in Dresden. 1893—1894.*

Dem Referenten nicht zugänglich. SEIFERT.

203) **Springer** (Paris). **Beitrag zur Frage der Behandlung des Keuchhustens. (Contribution à l'étude du traitement de la coqueluche.)** *Union méd. 2. und 5. Juni 1894.*

Verf. empfiehlt die Anwendung der Hydrotherapie bei schweren Fällen, besonders bei sehr jungen Kindern und Neugeborenen. Die kleinen Patienten erhalten anfangs Bäder von 37° mit Zusatz von Senfsamen; allmälig werden die Bäder kälter gegeben bis zu 35°. Die reactive Erweiterung der Hautgefässe soll die Congestion der Brustorgane verringern.

LUC.

204) **F. Pestalozza. Die Behandlung des Keuchhustens. (Cura della pertosse.)** *Riv. ital. di terap. e igien. Piacenza. 1894. p. 220.*

Nicht zugänglich.

A. TOTI.

205) **C. G. Curnston. Die Behandlung des Keuchhustens mit besonderer Bezugnahme auf das Antipyrin. (Treatment of whooping cough with special reference to antipyrine.)** *Annals Gynecology and Pediatry. November 1894.*

Verf. bespricht die chemische Zusammensetzung des Antipyrins und seine physiologische Wirkung. Die mit diesem Mittel behandelten Fälle verliefen im Ganzen etwas besser, als anders behandelte; die Zahl und Schwere der Paroxysmen erschien herabgesetzt, dagegen zeigte die Krankheitsdauer keine Verkürzung.

W. J SWIFT (LEFFERTS).

206) **De-Minicis** (Rimini). **Der heilende Einfluss der Pockenimpfung bei Keuchhusten. (Sull'efficacia curativa dell'innesto vaccinico nella pertosse.)** *Gazz. degli Ospedali. 1894. No. 49.*

Verf. hat sich von der heilenden Wirkung der Impfung bei Keuchhusten praktisch überzeugt. Neue Gesichtspunkte bringt die Arbeit nicht.

TOTI.

207) **D. Bobrowski** (Kiew). **Fremdkörper in den oberen Luftwegen bei Kindern. (Ob inorodnich telach w gortani i w dichatelnich putjach u detei.)** *Jeschened. pract. Med. 1894. No. 15.*

Ein $2^1/_2$ Jahre alter Knabe hatte eine Bohne inhalirt. Tracheotomie, Entfernung des Fremdkörpers.

Einem Kinde von 7 Monaten war ein Apfelkern in den Kehlkopf gerathen. Tracheotomie. Der Fremdkörper wurde von der Wunde aus in den Mund gestossen und vom Kinde verschluckt.

LUNIN.

208) **Berndt** (Stralsund). **Entfernung von Fremdkörpern aus dem Kehlkopf eines $1^3/_4$jährigen Kindes.** *Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie. 39. Bd. 5. u. 6. Heft. 1894.*

Nach der Cricotracheotomie wurden drei Fremdkörper entfernt, zwei aus dem unteren Kehlkopfraum und ein dritter, der durch die Glottis in den unteren Kehlkopfraum hineinragte. Die Fremdkörper erwiesen sich als Theile eines Wallnusskernes. Heilung.

SEIFERT.

209) **Lautier. Ein Todesfall durch Hinuntergleiten einer Tracheotomiecanüle in den linken Bronchus. (Un cas de mort par pénétration dans le bronche gauche d'une canule à trachéotomie.)** *Bull. Société sc. de l'Ouest. III. 4. p. 223.*

Ein 60jähriger Mann, der vor 15 Jahren wegen Kehlkopfstenose tracheotomirt worden war; derselbe bediente sich seit Jahren derselben abgenützten und mangelhaften Canülen ohne Sicherheitsvorrichtungen. Eines Tages fiel ihm die Canüle in die Trachea; es gelang nicht, sie zurückzuziehen und der Kranke starb in Asphyxie. Bei der Autopsie fand sich die Canüle im linken Bronchus.

A. CARTAZ.

210) **Massei** (Neapel). **Statistik von Tracheotomien. (Statistica di tracheotomie.)** *Policlinico. 1894. No. 11.*

M. hat 50 Tracheotomien gemacht, und zwar 21 wegen Croup, mit 8 Heilungen; 8 wegen Larynxsyphilis; 5 wegen Larynxkrebs; 4 wegen gutartiger Geschwülste; 4 wegen Fremdkörper der Trachea; 3 wegen Larynxtuberculose; 3 wegen acuter Kehlkopfentzündungen; 1 wegen Posticusparalyse; 1 wegen Larynxsclerom.

TOTI.

211) **Schmiegelow. Die Kehlkopfintubation bei Erwachsenen. (Le tubage laryngien chez les adultes.)** *Revue de laryngologie, otologie etc. 15. Oct. 1894. No. 20.*

Der Verf. verwirft die Intubation bei den acuten Kehlkopfstenosen der Erwachsenen; dagegen lässt er sie zu und findet sie vortrefflich bei den chronischen Stenosen, welches auch immer ihre Ursache sei.

E. J. MOURE.

212) **W. Nikitin** (Petersburg). **Ein Fall von fibröser Laryngo-Tracheitis diphtheritischen Ursprungs.** *Petersburger med. Wochenschr. 1894. No. 30.*

Der Fall verlief letal.

LUNIN.

213) **M. Pewner** (Petersburg). **Bakteriologische Untersuchung obigen Falles.** *Petersburger med. Wochenschr. 1894. No. 30.*

In den fibrinösen Belägen wurde der Löffler'sche Bacillus nachgewiesen.

LUNIN.

214) **P. Koch. Die echte chronische fibrinöse Bronchitis. (Sur la bronchite fibrineuse essentielle chronique.)** *Annales des malad. de l'oreille etc. No. 8. August 1894.*

Vorstellung von 2 Fällen von fibrinöser Bronchitis, bei denen die Patienten solide und zuweilen hohle fibrinöse Cylinder expectorirten. Der Verf. bespricht die klinischen Zeichen dieser überaus seltenen Affection. Die Therapie ist wenig wirksam; Jodkali, das von verschiedenen Seiten empfohlen ist, hatte keinen Effekt.

E. J. MOURE.

215) **Kirmisson** (Paris). **Ueber Fisteln der Trachea. (Des fistules trachéales.)** *Bullet. méd. 1. Juli 1894.*

Eine klinische Vorlesung über die Trachealfisteln und die verschiedenen vorgeschlagenen Heilungsmethoden. Nichts Neues.

LUC.

216) **J. Hislip. Ein Fall von Schnittverwundung des Halses. (A case of cut-throat.)** *Lancet. 30. Juni 1894.*

Ein Mann von 74 Jahren hatte sich die Trachea beinahe ganz durchschnitten. Vier Arterien wurden unterbunden, die Trachea mit 4 Seidenfäden genäht und dann die äussere Wunde mit Seidennähten geschlossen. Der Patient erholte sich rasch.

ADOLPH BRONNER.

217) **Cardarelli. Pulsation des laryngo-trachealen Tubus bei Aortenaneurysmen. (Pulsazione del tubo laringo-tracheale negli aneurismi dell'aorta.)** *Giorn. int. delle sc. med. 1894. Fasc. 10. No. 13.*

Eine Prioritätsreclamation für die Auffindung des fraglichen diagnostischen

Zeichens. C.'s Methode ist übrigens abweichend von derjenigen Oliver's, und besteht darin, dass man die Pulsation nicht fühlt bei gewaltsamer Hebung des Larynx mit der Hand, sondern einfach sieht, bei rückwärts gebogenem Kopfe, am Pomum Adami. C.'s Methode soll auch den Vortheil haben, dass man aus der Richtung der constatirten Pulsationen auch den Sitz des Aneurysma diagnosticiren kann.

TOTI.

f. Schilddrüse.

218) **Pilliet. Die geschlossenen Drüsen am Halse. (Les glandes closes du cou.)** *Tribune méd. 1894. p. 624.*

Nichts Bemerkenswerthes.

LUC.

219) **Wurm** (Wenden). **Ueber den heutigen Stand der Schilddrüsenfrage.** Dissert. Erlangen. 1894.

Zusammenstellung der neueren Beobachtungen und Erfahrungen über die Funktionen der Schilddrüse bezw. über den Ausfall derselben.

SEIFERT.

220) **Ch. Simon. Vorläufige Mittheilung über die Entwicklung der seitlichen Schilddrüsen-Anlage bei den Säugethieren. (Note préliminaire sur l'évolution de l'ébauche thyroidienne laterale chez les mammifères.)** *Soc. de biologie. 1894. p. 202.*

Nichts von besonderem Interesse.

LUC.

221) **v. Sacerdotti. Nerven der Schilddrüse.** *Internat. Monatsschr. f. Anat. u. Physiol. 1894.*

Dem Referenten nicht zugänglich.

SEIFERT.

222) **E. Gley** (Paris). **Folgen der Thyroidectomie bei zwei Ziegen. (Accidents consécutifs à la thyroidectomie chez deux chèvres.)** *Soc. de biologie. 2. Juni 1894.*

Einen Monat nach der Operation traten Verdauungs- und trophische Störungen auf; die Thiere magerten in extremer Weise ab; es stellten sich Lähmungen und Krämpfe ein. G. betont, dass im Verlaufe dieses Verfalls sich Remissionen beobachten liessen.

LUC.

223) **Cadéac** und **Guinard** (Paris). **Beobachtungen über Functionsstörungen bei thyroidectomirten Thieren. (Quelques modifications fonctionelles relevées chez les animaux éthyroidés.)** *Soc. de biologie. 1894. p. 509.*

Die Verff. constatirten bei ihren Thieren eine Temperaturerhöhung. Der Urin enthielt stets Eiweiss, bisweilen Zucker; er erwies sich als toxisch in einem der Schwere der Erscheinungen entsprechenden Grade.

LUC.

224) **Boccardi. Ueber gewisse Folgen der Thyreoidectomie bei Hunden. (Di alcune conseguenze dell'ablazione della tiroide nei cani.)** *Rif. Med. 1894. III. 386.*

B. hat einmal im Magen ein ganz kleines Geschwür der Pylorusgegend gefunden. Im Darme hat er verschiedenartige Veränderungen gefunden, wobei Atrophie und fibröse Entartung des Bindegewebes die wichtigste Rolle spielten. Das Ganglium coeliacum hat er stets normal gefunden, während er in vielen Fällen tiefgreifende und frühzeitige Veränderungen der nervösen zelligen Darmbestandtheile beobachten konnte. TOTI.

225) **Sciolla. Ueber einige anatomische Veränderungen nach Thyreoidectomie. (Di alcune lesioni anatomiche secondarie alla tiroidectomia.)** *Gazz. d. Osp. 1894. No. 102.*

S. hat folgende Veränderungen beobachtet:

1. Vertiefung der Augen, die nicht auf die allgemeine Denutrition, sondern auf Verminderung des intraoculären Druckes zurückzuführen ist.

2. Structurveränderungen der Leber, bestehend in fettiger Entartung der Leberzellen.

3. Veränderungen des Darmes, die darin bestehen, dass im Unterschleimhautgewebe sich circumscripte Anhäufungen von Leucocythen bilden, in deren Mitte das Schleimhautgewebe abstirbt. TOTI.

226) **Milla. Einfluss des Neurins auf thyreoidectomirte Hunde. (Influenza della neurina sui cani tiroidectomizzati.)** *Riv. sper. di fren. 1894. Fasc. II.*

Die toxischen Effekte des Neurins auf thyreoidectomirte sind denjenigen auf gesunde Thiere nicht zu vergleichen. Wird die Neurineinspritzung 36—48 Stunden nach der Thyreoidectomie gemacht, dann constatirt man eine solche Verschlimmerung aller Erscheinungen, dass das Thier schon am 5. oder 6. Cachexietage zu sein scheint. Nach wenigen Stunden bekommt das Thier dasselbe Aussehen wieder, wie vor der Einspritzung. Die Verschlimmerung ist am stärksten beim Anfang des Eintritts von cachectischen Erscheinungen. TOTI.

227) **H. Mygind. Thyreoditis acuta simplex.** *Hosp. Tidende. 4 R. Bd. II. No. 48. S. 1181.*

Verf. hat einen Fall dieses seltenen Leidens bei einem Manne beobachtet, welcher während der Reconvalescenz noch ein Erysipelas faciei mit Schwellung und Schmerzen auf der Vorderfläche des Halses, und zu gleicher Zeit Heiserkeit, Schlingbeschwetden, Erstickungsgefühle und Fieberanfälle bekam.

Die einschlägige Literatur wird referirt, und die Aetiologie, Pathogenese, Diagnose und Behandlung dieser Krankheit ausführlich besprochen.

SCHMIEGELOW.

228) **Finley** und **Lediard. Zehn Fälle von Operationen bei Affectionen der Schilddrüse. (Ten consecutive cases of operation for diseases of the thyroid gland.)** *Lancet. 27. September* 1894.

In keinem Falle bestanden sehr starke Athmungsbeschwerden, aber in den

meisten Fällen doch geringe. Man soll immer früh operiren. Der Isthmus wurde durch eine mediane Incision freigelegt und entfernt. Die Athmungsbeschwerden und der Stridor besserten sich stets sehr bald. Ein Patient starb an doppelseitiger Pneumonie, in 3 Fällen trat eine Eiterung ein. Nach 4—5 Tagen durften die Patienten aufsitzen.

ADOLPH BRONNER.

229) **Jaboulay. Basedow'sche Krankheit. (Goitre exophthalmique.)** *Méd. moderne.* 1894. *p. 275.*

Nichts Bemerkenswerthes.

LUC.

230) **L. Hirschberg** (Berlin). **Ueber die Basedow'sche Krankheit.** Historisch-kritische Studie. *Wiener Klinik. Februar-März* 1894.

Nach sorgfältiger Sichtung der Literatur, namentlich in Bezug auf die Frage der Priorität werden die einzelnen Symptome, welche die Erkrankung immer oder nur manchmal darbietet, erörtert, und zwar die zeitliche Reihenfolge der Cardinal-Symptome, die krankhaften Zustände des Herzens, der Augen, des Nervensystems, des Verdauungsrohres, der Athmungsorgane, der Haut, der Constitution, der Genitalien, endlich der Einfluss der Erblichkeit und die Versuche, die Erkrankung auf experimentellem Wege zu erzeugen.

Daran schliesst sich eine Erörterung der Theorien und der pathologischen Anatomie: Dyscrasien oder Erkrankungen des Herzens oder des Nervus sympathicus können nicht die Ursache sein, da sie nicht alle Erscheinungen zu erklären im Stande sind. Am besten thut dies die Sattler'sche Theorie, welche eine umschriebene, nicht sehr tiefgreifende Störung im Bereiche des Vaguscentrums annimmt, welche später auch Theile des centralen vasomotorischen Apparates (namentlich das Centrum für Schilddrüse und Augenhöhle) ergreift. Schilddrüsen- oder Nasenleiden können nie die alleinige Ursache des Morbus Basedowii sein.

Zur Therapie empfiehlt H. Ruhe, gute, kräftige Ernährung und sehr leichte Hydrotherapie als wichtigste Agentien. Eisen, Arsen, Chinin sollen gegen Anämie, Digitalis gegen die Palpationen versucht werden. Sehr wirksam ist die Galvanisation des Vagus, dreimal wöchentlich durch $^1/_4$ Stunde. Von Operationen der Struma oder in der Nase hält H. nichts. 722 Literaturangaben sind der Schluss dieser fleissigen Arbeit.

CHIARI.

231) **Joffroy** (Paris). **Basedow'sche Krankheit. (Goitre exophthalmique.)** *Progrès méd.* 1894. *p. 61, 165, 205, 217.*

Eine ausführliche Abhandlung über den Morbus Basedowii, aus der nichts von speciellerem laryngologischen Interesse zu erwähnen ist.

LUC.

232) **Peyron** und **Noir. Die Dermographie beim Morbus Basedowii. (Dermographisme du goitre exophthalmique.)** *Progrès méd.* 1894. *p. 169.*

Nichts von Interesse für unsere Specialität.

LUC.

233) **A. Auld. Schilddrüsen-Extract in Fällen von Morbus Basedowi und Psoriasis. (On the effect of thyroid extract in exophthalmic goitre and in psoriasis.)** *Brit. Med. Journal. 7. Juli* 1894.

Ein Mädchen von 22 Jahren mit Morbus Basedowii bekam täglich ein

Tabloid von Burroughs und Wellcome (0,3 g). Nach 3 Tagen war der Exophthalmos grösser und die Pulsation im Halse schlimmer. Der Hals schwoll stark an. Die Resultate scheinen dafür zu sprechen, dass eine Hypersecretion der Schilddrüse die Krankheit verursacht.

In dem Psoriasisfall verschwand der Ausschlag nach 8 Tagen.

ADOLPH BRONNER.

234) **R. S. Newton. Ein Fall von Basedow'scher Krankheit mit Thyroidectomie. (Case of exophthalmic goitre — thyroidectomy.)** *Boston Medic. and Surgic. Journal. 19. April* 1894.

Der 12jährigen Patientin wurde fast die ganze Schilddrüse exstirpirt, nur ein kleiner überzähliger Lappen blieb zurück. Seit der Operation ist der Exophthalmos nahezu verschwunden, der Puls ist von 180 auf 100 in der Minute heruntergegangen.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

235) **E. Herskind** (Dänemark). **Ueber die chirurgische Behandlung und Pathogenese des Mb. Basedowii. (Om den kirurgiske Behandling og Pathogenesen af Mb. Basedowii.)** *Bibliothek for Laeger.* 1894. *S. 204—242.*

Der Verf. giebt eine historische Uebersicht dieser Frage, und theilt 42 aus der Literatur gesammelte Fälle von operirtem Morb. Basedowii mit, bei denen die Strumectomie oder die Unterbindung der Art thyreoidea ausgeführt worden ist.

In 17 Fällen schwanden die Symptome vollständig. In 6 Fällen ist nur ein geringer Grad von Exophthalmos als einziges Symptom des früheren Leidens zurückgeblieben. In 3 Fällen ist von den Symptomen nur etwas Herzpalpitation übrig geblieben. Eine Besserung aller Symptome ist in 8 Fällen notirt. — Nur 3 Fälle sind nicht gebessert. Während der Operation ist keiner, aber unmittelbar nach der Operation sind 3 gestorben. Bei 2 von Watson operirten Fällen ist das Resultat nicht erwähnt.

SCHMIEGELOW.

236) **Vincengo Allara. Der Kretinismus** Aus dem Italienischen übersetzt von Hans Morion. Leipzig. W. Friedrich. 1894.

Dem Referenten nicht zugänglich.

SEIFERT.

237) **W. M. Leszynsky. Ein Fall von sporadischem myxoedematösen Cretinismus. (Case of sporadic myxoedematous cretinism.)** *Post-Graduate. October* 1894.

Der 25jährige Patient war in Deutschland von gesunden Eltern geboren; eine Schilddrüse war bei ihm nicht zu constatiren.

W. J. SWIFT (LEFFERTS.)

238) **K. Grón** (Christiania). **Postmortale Veränderungen bei Myxoedem.** *Norsk. Magazin for Lägevidenskaben. S. 734—739.* 1894.

Der Verf. machte die Section einer Frau, die 5 Jahre an Myxödem gelitten hatte. Der mittlere Theil der Glandula thyreoidea war vollständig atrophirt und die lateralen Partien bis auf ein Minimum reducirt. Die Hypophysis cerebri dagegen war hypertrophirt und füllte die Sella turcica vollständig aus; sie war von der Grösse einer Wallnuss.

SCHMIEGELOW.

239) **Lanz. Die Schilddrüse und ihre Beziehung zum Myxoedem. (The thyroid gland and its relation to myxoedema.)** *Phil. Med. News. 6. October* 1894.

Ueber seine Versuche an Kaltblütern u. s. w., denen die Schilddrüse exstirpirt wurde, hat der Verf. bereits in seinem Aufsatz „Zur Schilddrüsenfrage" (Sammlung klinischer Vorträge 1894. No. 98) berichtet. LEFFERTS.

240) **H. H. Curtis. Die Halserscheinungen bei Myxoedem. (The throat appearences in myxoedema.)** *Journ. Am. Med. Assoc. 29. September* 1894.

Die Patientin war 46 Jahre alt; die ersten Symptome waren vor 8 Jahren aufgetreten. Die Uvula war stark verdickt, blass mit einem gelblichen Ton; ebenso verdickt und verfärbt die Gaumenbögen. Auch die Rachenwand erschien gelblich, die Gefässe an derselben prominent und geröthet. Das Drüsengewebe im Rachengewölbe schien atrophisch, desgleichen an der Zungenbasis. Die Aryknorpel waren vergrössert, jedoch von einem fettigen gelblichen Aussehen, nicht von dem bläulichen und ödematösen Bilde wie bei Larynxphthise. Das Larynxinnere erschien voll, die schlaffen Gewebe ragten in das Lumen hinein, auch sie von einem gelblichen Farbentone; besonders verdickt schienen die Taschenbänder, während die Stimmbänder normal aussahen. Bis auf die Blässe war auch die Epiglottis normal.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

241) **Comby** (Paris). **Myxoedem bei einem Mädchen von $2^1/_2$ Jahren. (Myxoedème chez une fillette de deux ans et demi.)** *Méd. inf.* 1894. *p. 578.*

Nach 14tägiger Verfütterung kleiner Stückchen von halbroher Hammelschilddrüse merkbare Besserung. LUC.

242) **Immerwol** (Passy). **Myxoedem beim Kinde. (Du myxoedème infantile.)** *Méd. inf.* 1894. *p. 558.*

Nichts Bemerkenswerthes. LUC.

243) **G. P. Mariner. Myxoedem. (Myxoedema.)** *N. Y. Med. Record. 6. Oct.* 1894.

Pat. ist eine verheirathete Frau von 38 Jahren, seit etwa 10 Jahren krank. Die Erkrankung war langsam aber beständig vorgeschritten. Von Anfang der Behandlung an wurde täglich ein Pulver von 0,3 g Schilddrüsenextract gegeben. Die Besserung war eine ausserordentlich schnelle und man kann jetzt wohl von vollständiger Heilung reden. Das Gewicht sank in wenigen Monaten von 170 auf 150 Pfund. LEFFERTS.

g. Oesophagus.

244) **H. D. Rolleston. Divertikel des Pharynx. (Pharyngeal pouch.)** *British Medical Jonrnal. 22. December* 1894.

Demonstration eines grossen, genau in der Medianlinie gegenüber dem Kehlkopf gelegenen und von der hinteren Wand ausgehenden Oesophagusdivertikels, das von der Leiche eines alten Mannes bei der Autopsie entfernt worden war. Eine

klinische Geschichte fehlte, doch war der Vortragende der Ansicht, dass der Sack wahrscheinlich traumatischen Ursprungs ist. Das Divertikel ähnelt ungemein einem früher von Mr. Chavasse beschriebenen Falle: seine Wandung bestand aus fibrösem Gewebe ohne Muskelfasern.

Mr. Targett bemerkte dazu, dass in Mr. Chavasse's Fall einige gewisse Quantität glatter Muskelfasern gefunden worden ist. SEMON.

245) **Felizet** (Paris). **Ein Geldstück 7 Tage lang im Oesophagus eines 4jährigen Kindes eingeklemmt. (Sur une pièce de monnaie retenue pendant 7 jours dans l'oesophage d'un enfant de 4 ans.)** *Soc. de Chirurgie de Paris. 23. Mai* 1894.

Die Münze, ein Sousstück, steckte 22 cm hinter der Zahnreihe. Zu Anfang gingen noch Nahrungsmittel durch, dann aber legte sich der Fremdkörper so, dass die Passage vollständig versperrt war. Nach verschiedenen vergeblichen Extractionsversuchen mittelst Zangen wurde ein am Ende um 45° gebogenes Urethralrohr glücklich an der Münze vorbeigeführt und eine Dosis Ipecacuanha gelöst in reichlichem lauwarmen Wasser in den Magen eingegossen. Sobald die Brechbewegungen sich einstellten, wurde die Sonde sachte herausgezogen; die vereinte Wirkung der Würganstrengungen und des Herausziehens der Sonde förderte den Fremdkörper zu Tage. LUC.

246) **Mansell Moullin. Ein Fall von Gastrotomie und retrograder Dilatation bei traumatischer Oesophagusstrictur. (A case of gastrotomy and retrograde dilatation for traumatic stricture of the oesophagus.)** *Lancet. 15. December* 1894.

Eine Frau von 26 Jahren schluckte einen Theelöffel von Natronlauge. Drei Wochen nachher konnte kein Bougie mehr durch den Oesophagus durchgeführt werden; die Pat. wurde gastrotomirt. Durch einen Oesophagealkatheter wurde jetzt eine Catgutbougie durch die Strictur in den Magen eingeführt, an dieser ein dickeres Bougie befestigt und durch die Strictur durchgezogen. Die weitere Dilatation gelang leicht. ADOLPH BRONNER.

247) **K. Franks. Ein Fall von einfacher Stenose des Oesophagus mittelst Oesophagectomie behandelt. (On a case of simple stenosis of the oesophagus treated by oesophagectomy.)** *Brit. Med. Journ. 3. November* 1894.

Eine Dame von 46 Jahren hatte seit 3 Jahren Schluckbeschwerden, welche beständig zunahmen. Eine papillomatöse Geschwulst bedeckte den linken Aryknorpel; dieselbe entsprang vom oberen Theile des Oesophagus. Die Speiseröhre wurde auf der linken Seite eröffnet. Es fand sich eine Stenose, welche allein durch Schleimhaut gebildet war. Ein Stück ($1^1/_2$ Zoll) derselben wurde entfernt, die Enden zusammengenäht und die Wunde dann geschlossen. Die entfernte Schleimhaut erwies sich als ganz normal. ADOLPH BRONNER.

248) **Rémond** (Metz). **Bemerkungen über einen Fall von Oesophagusstenose. (Note sur un cas de retrécissement oesophagien.)** *Languedoc Médical. Toulouse. 15. Juli* 1894.

Die Behandlung der Oesophagusstricturen hängt von ihrer Natur ab, sie ist

bei der carcinomatösen, der fibrösen und der spasmodischen Stenose jedes Mal eine andere.

Bei R.'s Kranken war die Strictur fibrös; Verf. durchdringt sie mit einem Bougie und erweitert sie allmälig durch Einführen immer stärkerer Rohre. Bei der carcinomatösen Strictur muss man viel langsamer und schonender vorgehen wegen der Gefahr der Perforation, bei der spastischen Stenose dagegen nimmt man von Anfang an das allerstärkste Caliber der Sonden. E. J. MOURE.

249) **H. T. Butlin. Klinischer Vortrag über bösartige Strictur des Oesophagus. (A clinical lecture on malignant stricture of the oesophagus.)** *The Clinical Journal. 26. December* 1894.

Eine Vorlesung, die Verf. im St. Bartholomew's-Spital hielt. Dysphagie ist eins der wichstigsten Symptome; die Patienten können nur mit Mühe schlucken. Schmerzen sind nicht immer vorhanden. Ist der Pat. über 40 Jahre alt, so ist in 9 Fällen von 10 die Diagnose auf eine bösartige Geschwulst zu stellen. Männer sind häufiger als Frauen afficirt. Die Symptome sind zumeist seit einigen Monaten bemerkt und werden sehr schnell schlimmer. Dabei starker Verlust an Körpergewicht; viel Auswurf von Schleim; oft Husten; Heiserkeit durch Paralyse des rechten Stimmbandes. Drüsen oft geschwollen. Das Bougie bleibt oft 7 Zoll von Zähnen entfernt stecken an der Hinterfläche des Larynx. Wenn der Pat. schluckt, gleitet es leicht tiefer. Verfasser glaubt nicht, dass man durch Auscultation am Rücken des Pat. eine Strictur diagnosticiren kann. Wenn die Strictur 8—11 Zoll von den Zähnen entfernt ist, so ist an ein Aortenaneurysma zu denken.

Einfache oder fibröse Stricturen sind sehr selten. Der Pat. stirbt meist innerhalb eines Jahres an Marasmus. Liegt Strictur 10—12 Zoll hinter den Zähnen, so sind am besten Sygmonds' permanente Röhren anzuwenden. Dieselben können am Ohr oder Zahn befestigt werden. ADOLPH BRONNER.

250) **Meyer. Oesophaguskrebs. (Cancer of the oesophagus.)** *N. Y. Med. Record. 17. November* 1894.

Verf. empfiehlt die Anlegung einer Magenfistel, sobald die regelmässig vorzunehmende Wägung eine fortschreitende Gewichtsabnahme zeigt. LEFFERTS.

251) **Leech. Krebs des Oesophagus mit Perforation in die Trachea. (Epithelioma of the oesophagus with perforation into the trachea.)** *Lancet. 30. März* 1895.

Fall beschrieben in Pathological Society of Manchester.

ADOLPH BRONNER.

252) **von Notthaft. Mors subitanea durch Platzen einer varicösen Oesophagusvene.** *Münchner med. Wochenschr. No. 15. 1895.*

Ein 84jähriger Mann, der ein Hinderniss in der Speiseröhre hatte, starb plötzlich unter den Erscheinungen einer inneren Blutung. Die Section ergab 2 Finger unterhalb der Bifurcation eine welchnussgrosse Neubildung, ein Sarkom, ferner varicöse Venen im Oesophagus, die grösste dicht über der Cardia geplatzt

und mit geronnenem Blute gefüllt, ferner Lebercirrhose. v. N. schreibt die Erweichung der Oesophagusvenen der Lebercirrhose zu und warnt vor Sondirung bei diesem Leiden. SCHECH.

III. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) **Sturmann** (Berlin). **Klinische Geschichte der Pachydermia laryngis.** Von der Berliner med. Facultät preisgekrönte Schrift. Berlin. S. Karger. 1894.

Die vorliegende Arbeit umfasst nicht nur die einschlägige Literatur, sondern enthält auch eine Reihe eigener Untersuchungen, welche der Verf. an dem Materiale der Königl. Universitätspoliklinik für Hals- und Nasenkranke anzustellen Gelegenheit hatte. Die histologischen Untersuchungen ergaben eine vollkommene Uebereinstimmung der diffusen und verrucösen Fibrome, abgesehen von den Verschiedenheiten, welche aus den hohen Entwicklungsgraden des Processes zu erklären waren. Im Allgemeinen entspricht der Grad der Bindegewebswucherung dem der Epithelwucherung. Auch St. weist darauf hin, dass bei der Pachydermie Bilder entstehen können, welche an Krebs erinnern. Unter den 88 Fällen des Verf.'s war das Alter von 31—40 Jahren am meisten betheiligt, und 5 von diesen 88 Fällen betrafen das weibliche Geschlecht. In ätiologischer Beziehung spielt auch bei diesem Materiale der Missbrauch in Tabak- und Alkoholgenuss die grösste Rolle. Von Pachydermia verrucosa werden 18 Fälle aufgeführt.

Eine ausführliche Besprechung erfährt das laryngoskopische Bild, die subjectiven Symptome, Verlauf und Ausgänge, Diagnose und Therapie. Für die Diagnose ist zweifellos nicht in allen Fällen der laryngoskopische Befund allein entscheidend, man wird der histologischen Untersuchung von excidirten Gewebspartien nicht entbehren können. Seifert.

b) **G. Treupel. Die Bewegungsstörungen im Kehlkopfe bei Hysterischen.** Jena. Gustav Fischer. 1895.

In der vorliegenden Arbeit, deren Besprechung Ref. auf Ersuchen der Redaction übernommen hat!, hat der Verf. ein gewaltiges Material zusammengetragen. Ein zehn Seiten umfassendes Literaturverzeichniss zeugt von dem Fleiss, mit welchem diese Arbeit vorbereitet worden ist. Ob indess die errungenen Ergebnisse solch' einem riesigen Fleiss entprechen, das dürfte nach Ref.'s Urtheil gerechtem Zweifel unterliegen. Diesen Zweifel zu motiviren ist Zweck dieser Zeilen.

Verf. behandelt den Laryngospasmus, den Kehlkopfhusten, die Coordinationsstörungen im Larynx, die Aphonie und den Mutismus hysterischen Ursprunges, während dem Verlauf, den Ausgängen und der Entstehung aller dieser Störungen ein gemeinschaftliches Kapitel gewidmet ist. Betrachtet ja Verf. alle diese Störunngen als sehr eng verwandte, indem er sie alle auf „das krankhaft gestörte Verhältniss zwischen Willen und dem aus ihm hervorgehenden Bewegungsimpulse" (S. 47) zurückführt.

Das enge Verhältniss, welches zwischen diesen Störungen besteht, ist ohne Zweifel Schuld daran, dass Verf. seiner eignen Eintheilung nicht immer getreu bleibt, dass er z. B. einen beim Laryngospasmus citirten Fall von Schroetter unter den respiratorischen Coordinationsstörungen (S. 25) von Neuem aufführt. Aber auch mehrere andre Krankengeschichten, welche letzteres Kapitel illustriren, gehörten nach Ref.'s Meinung vielmehr beim Laryngospasmus zu Hause. Oder wo steckt bei den 2 Patienten von Jurasz (S. 23), die Nachts plötzlich Anfälle hochgradigster Athemnoth bekommen, die Störung der Coordination? Freilich hat Verf. sich hier, wie auch sonst, mehr bemüht den Nachweis der hysterischen Natur des beschriebenen Falles zu führen, als dass er das Wesen der mitgetheilten Störung studirt hätte.

Eine Coordinationsstörung setzt selbstverständlich die Nothwendigkeit einer Coordination voraus. Indem nun Verf. die Semon'sche Wahrnehmung, dass bei ruhiger Athmung die Stimmbänder gewöhnlich keine Bewegung zeigen, acceptirt (S. 22), möchten wir die Gründe wissen, welche ihn dazu geführt, rhythmische Krämpfe im Gebiet der Halsmuskulatur, welche bei ruhiger Athmung beobachtet werden, als Coordinationsstörung zu bezeichnen. In einem ausführlich mitgetheilten (S. 25—27), Fall — welchen Ref. 1891, Dank der Güte des Herrn Prof. Bäumler, in dessen Klinik zu sehen Gelegenheit hatte — bestanden bei einem Mädchen rythmische inspiratorische Contractionen der beiden hinteren Gaumenbögen und der Stimmbandabductoren, welche nur im Schlaf sistirten, und durch künstliche Athmung und Faradisation geheilt wurden. Dieser interessante Fall von pathologischen (hysterischen) Mitbewegungen im Pharynx und Larynx bei der Respiration findet sich beim Verf. ohne Epikrise unter dem Capitel „Coordinationsstörungen bei der Respiration".

Noch grössere Bedenken hat Ref. gegen die Aufnahme des Przedborski-Falles von sogenanntem Abductorenkrampf in das nämliche Kapitel (S. 29). Erstens gilt auch hier der Einwand, dass Krampf und Incoordination differente Sachen sind. Dann aber sollte in eine Monographie nicht jede Behauptung, die sich in der Literatur findet, kritiklos übergehen. [Sehr richtig. F. S.] Ref. möchte fragen, wo in der ganzen Przedborski'schen Schilderung der geringste Beweis schlummert für die Behauptung, dass ein Krampf der Glottisöffner vorgelegen hat. Es fand sich ein vollständiges Klaffen der Rima glottidis während der Respiration; die Stimmbänder lagen den Seitenwänden des Kehlkopfes an und konnten während des Athmens „trotz der mühevollsten Anstrengungen der Patientin" nicht aus dieser Stellung gebracht werden. Bei der Phonation erfolgte hingegen prompte und normale Annäherung. Gewiss ein liebenswürdiger Krampf, der bei jeder Intonation,

d. h. immer dann, wenn er hätte schaden können, sofort verschwindet, um nur bei der Respiration in durchaus harmloser Weise aufzutreten! — Die „mühevollen Anstrengungen“ hätte die Pat. sich ersparen können, denn es kann einem nur angenehm sein, wenn die Glottis bei der Athmung gehörig klafft. Uebrigens kommt das beschriebene laryngoscopische Verhalten täglich zur Beobachtung, und geht in casu aus diesem normalen Befund hervor, dass die Störungen, an welchen die betreffende Patientin litt, nicht im Kehlkopf ihren Sitz hatten.

Zu der Frage der hysterischen Phonationsstörungen liefert Verf. einen experimentellen Beitrag, indem er durch Versuche an Gesunden zu der Entdeckung gekommen ist, dass sämmtliche laryngoscopische Bilder, welche bei den genannten Störungen beobachtet werden, bei ganz gesunden Personen erzeugt werden können. Lässt er z. B. „Aeh“ tonlos und gleichzeitig etwas hauchend intoniren, so entstehen die Bilder der hysterischen Aphonie; lässt er tonlos intoniren, dabei aber „das Aeh stark quetschen“, so tritt das Bild des phonischen Stimmritzenkrampfes zu Tage (S. 34, 116). Auch berichtet Verf., dass es möglich ist, bei Patienten, welche an solchen Affectionen gelitten haben, nach der Heilung wieder die früheren verkehrten Bewegungen hervorzurufen, indem man sie veranlasst, in der früheren verkehrten Art zu sprechen (S. 69).

Auf Grund von diesen Wahrnehmungen kommt Verf. zu einer überraschenden Folgerung: „Da wir bei den am Gesunden künstlich resp. absichtlich erzeugten Modificationen der Stimmbandbewegungen nicht wohl von „„Lähmungen““ sprechen können, durch unsere Erfahrungen und Versuche bei Gesunden und Hysterischen aber dazu geszwungen werden, die Gleichartigkeit der Bewegungen in beiden Fällen anzuerkennen, so möchten wir es vorziehen, im Allgemeinen hier nur von Störungen oder besser Modificationen der Stimmbandbewegungen zu sprechen“ (S. 90). „Um aber mit den Lehrbüchern doch noch im Zusammenhange zu bleiben“, so behält er bei der Beschreibung der einzelnen Formen „den Begriff der Parese oder Lähmung“ bei, schreibt aber, statt „Parese“: „Bild der Parese“ (S. 91). Ist da grössere und absichtlichere Confusion möglich? Verf. betrachtet die Aphonie als ein „Ausserfunctionbleiben des Muskels“ (S. 90). Allein anstatt dieses Ausserfunctionbleiben Parese oder Paralyse zu nennen, wie nun einmal der Namen dafür ist, spricht er von einer „Modification der Bewegung“ und von einem „Bild der Parese“.

Ref. muss gestehen, dass er die Bedeutung der beschriebenen Experimente hoch anzuschlagen nicht im Stande ist. Dass es mit einiger Uebung gelingen wird, Krämpfe und Lähmungen willkürlicher Muskeln künstlich nachzuahmen, das leuchtet von vornherein ein. Nichts wäre z. B. leichter, als die Paralyse eines Armes in mehr oder weniger vollkommener Weise zu imitiren. Und weil dies möglich ist, sollte nun im Geiste des Verf.'s eine hysterische Lähmung eines Armes nicht mehr Paralyse, sondern „Modification der Bewegung“ oder „Bild einer Paralyse des Armes“ heissen!

Verf. hält an der psychischen Entstehung der hysterischen Functionsstörungen fest. Der Hysterische unterscheide sich vom Gesunden, welcher die Störung absichtlich erzeugt, nur dadurch, dass er dieselbe auf Grund seiner krankhaften

Vorstellungen und des dadurch verkehrt beeinflussten Willens dauernd ausübe (S. 90). Nun ist aber Verf. zum Geständniss gezwungen, dass es Störungen giebt, welche willkürlich zu erzeugen ihm nicht gelungen ist, nämlich die einseitigen Lähmungen. Dieses Misslingen thut aber seiner Auffassung der Frage keinen Abbruch, denn „wir haben nach Allem, was wir bis jetzt in dieser Beziehung sehen konnten, den Eindruck gewonnen, dass die Möglichkeit auch hierfür (für das künstliche Erzeugen eines einseitigen Lähmungsbildes) zugegeben werden muss“ (S. 120)! Dieser in keiner Weise motivirte[1]) „Eindruck“ ist dem Verf. derart überzeugend, dass, was ihm selbst bis jetzt nicht gelungen, S. 124 bereits „jedem Gesunden möglich und bei genügender Uebung gut ausführbar“ genannt wird!

Es giebt noch ein andres Lähmungsbild, welches Verf. gewiss nicht künstlich wird erzeugen können: dasjenige der Posticus- (resp. Recurrens-) Paralyse. Als Ref. unter den eigenen Fällen des Verf. auch einer Posticuslähmung begegnete (S. 64), gab er sich der Hoffnung hin, die Frage der hysterischen Posticuslähmung kritisch erörtert zu finden. Diese Frage ist eine überaus interessante. Die alltäglichen Aphonien reihen sich als Paresen willkürlicher Muskeln ungezwungen Allem demjenigen an, was wir bei der Hysterie überall sonst im Organismus finden. Die Frage, ob der Posticus, der reine Athmungsmuskel, welcher von der Geburt bis zum Tode ohne Rast die Glottis behufs der Respiration klaffend erhält, auch der hysterischen Lähmung anheimfallen könne, diese Frage auf Grund strenger Literaturkritik zu beleuchten, wäre eine lohnende Aufgabe, welcher sich jedoch Verf. nicht unterzogen hat[2]). Ref. muss gestehen, dass er trotz mehrerer casuistischen Mittheilungen, die sich in der Literatur finden, dem Vorkommen der hysterischen Posticuslähmung ziemlich skeptisch gegenübersteht. [Ebenso der Herausgeber.] Die Mehrzahl der mitgetheilten Fälle sind nichts weniger als einwandsfrei. Dies gilt in erster Stelle auch für den erwähnten Fall des Verf.'s, wo nicht das geringste Symptom einer bestehenden Hysterie vorhanden gewesen zu sein scheint, wo ebensowenig eine neuropathische Belastung bestand, während dagegen die Halsaffection mit Schluckschmerzen aufgetreten ist.

Die Arbeit schliesst mit dem Vorschlag, die bisher üblichen Bezeichnungen der verschiedenen Störungen durch neue zu ersetzen (S. 124). Ref. kann kaum glauben, dass die Fachgenossen die Vortheile des Namens „hysterisches Schlürfen oder Ziehen“ (anstatt „inspiratorischen functionellen Stimmritzenkrampfes“) u. A. einsehen werden. Und was ist zu sagen zum „hysterischen Flüstern“ oder dem „hysterischen Schweigen“, anstatt Aphonie resp. Mutismus! Per analogiam mit dem auch vom Verf. adoptirten Namen „hysterischem Husten“ kann ja

---

1) Entschieden nicht durch die S. 77 mitgetheilte Beobachtung!

2) Ausser einer kurzen Note auf S. 31 beschäftigt sich nur eine Seite (94—95) mit der hysterischen Posticuslähmung. Verf. bespricht hier einen Fall von inspiratorischem Glottiskrampf, und will, während er diesen Krampf anerkennt, dennoch eine durchaus hypothetische Posticuslähmung für die bestehende Stimmlosigkeit verantwortlich machen! Aphonie in Folge von Posticuslähmung ist, soweit Ref. bekannt, etwas ganz Neues.

„hysterisches Flüstern“ nur einen Zustand, wo der Patient einem unwiderstehlichen, fortwährenden Flüstern preisgegeben ist, bezeichnen.

Ref. darf sich von der vorliegenden Arbeit nicht verabschieden, ohne auf die verwirrte Anordnung der Materie hingewiesen zu haben. Wo man auch das Buch aufschlägt, überall findet man die Referate aus der Literatur, die eigenen und fremden Krankengeschichten und dazwischen die Auseinandersetzungen des Verf.'s in regelloser und buntester Reihenfolge nebeneinander. Die Casuistik wird man niemals los, und wo Verf. nur benachbarte Gebiete streift, kann er sich des Citirens und Referirens nie enthalten. Dies ist schade; denn es wird dadurch die Brauchbarkeit dieses Buches, welches für spätere einschlägige Studien ein so überaus reiches Material enthält, nicht unerheblich herabgesetzt.

H. Burger.

---

c) Französische Gesellschaft für Laryngologie, Rhinologie etc.

Versammlung vom Mai 1894.

Vorsitzender: Dr. Cartaz.

Delie: Bericht über die Behandlungsmethoden für Schleimpolypen der Nasenhöhle.

Es kommen in Betracht die Losreissung und die Excision. Die erste hat man gänzlich verlassen. Für die zweite bleibt die Wahl zwischen dem Gebrauch scharfer Zangen, der vorherigen Unterbindung und der Galvanokaustik. Nachträgliche Cauterisationen sind nützlich zur Vermeidung von Recidiven; der Kranke soll alle 3 Monate seine Nasenhöhle untersuchen lassen.

Wagnier: Behandlung der Schleimpolypen und der fibro-mucösen Polypen des Nasenrachenraums.

Redn. bespricht sehr ausführlich die verschiedenen Operationsmethoden, die für Nasenrachenraumpolypen in Frage kommen; er erinnert an das Verfahren der Erweichung (Malaxation), das er bereits früher empfohlen hat.

In der Discussion, die an den Vortrag sich anschloss, betont Moure als Eigenart der Polypen der hinteren Nase, dass sie an Pseudocysten reich sind, ferner, dass sie bei der Exstirpation wenig bluten.

Poyet cauterisirt den Stielrest nicht. Lubet-Barbon meint, dass nicht die Polypen, die man entfernt hat, recidiviren, sondern dass nur die benachbarte Schleimhaut in ihrem Degenerationsprocess fortfährt.

Bonain erinnert an einen Fall von Polypen des Nasenbodens, der galvanischen Aetzungen widerstand, und bei dem die Ansatzstelle curettirt werden musste.

Poyet: Die Ueberanstrengung der Stimme.

Dieser Zustand wird ebenso durch Ermüdung und Missbrauch der Stimme,

wie durch Uebermüdung der Athmung herbeigeführt. Die functionellen Störungen jedoch sind dieselben, ob der Ursprung ein laryngealer oder pulmonärer ist. In ihrer einfachen Form ist die Affection durch Ruhe und die gewöhnlichen antiseptischen Mittel zu bekämpfen; bei chronischen Zuständen jedoch bilden sich organische Veränderungen aus, die besonders bei Sängern schwer zu heilen sind.

Castex: Der falsche Gebrauch der Stimme.

Redn. stellt die hauptsächlichsten Ursachen der Ermüdung der Stimme zusammen; er erörtert die Mehrzahl der Theorien, über die er in seinem jüngsten Werke „Ueber die Hygiene der Stimme und des Gesanges" sich bereits ausgelassen hat.

Garel: Zwei Fälle von angeborener Missbildung der vorderen Gaumenbögen.

Die Anomalien des Gaumensegels sind selten. G. fügt den bisher publicirten (etwa 20) Fällen 2 neue hinzu. Der erste betrifft 2 symmetrisch congenitale Perforationen der vorderen Bögen bei einem Greise. Im zweiten Falle war die Perforation einseitig und sass am linken vorderen Bogen. Der Redner denkt mehr an einen Resorptionsvorgang im Embryonalleben, als an eine Missbildung.

Miot: Schweres Nasenbluten.

Bericht über 3 Fälle von schwerem Nasenbluten bei Kindern. Nachdem alle anderen Mittel fehlgeschlagen, brachte interstitielle positive Elektrolyse die Blutung zum Stehen.

Cadier: Primäre Kehlkopftuberculose, acquirirt durch Cohabitation.

Redn. berichtet über mehrere derartige Fälle. Die Tuberculose bleibt lange Zeit auf den Kehlkopf beschränkt. Eine energische Localbehandlung vermag sie zur Heilung zu bringen.

Raugé: Zur Behandlung der Ozaena.

R. lässt 20, 30 und selbst 50 Liter medicamentöser wässeriger Lösung in die Nase irrigiren. Es ist dies das einzige Mittel, um die Nasenhöhle wirklich zu reinigen. Die Gefahr für das Mittelohr hält er für illusorisch. [Das ist sie sicher nicht! Red.]

Vacher: Retronasale Pharyngitis.

Die retronasale Pharyngitis ist oft Ausgangspunkt von Taubheit, hartnäckiger Laryngitis, Aphonie und selbst Tuberculose. Sie unterhält auch den chronischen Catarrh der Nasenhöhle. Als Therapie empfiehlt V. Auswischungen, Frictionen und Massage des Nasenrachenraums, ferner den Gebrauch von Schwefelwässern.

Mounier: Abscesse der Zungentonsille.

Redn. glaubt, dass sehr viele Fälle von Abscess der Zungentonsille unbemerkt bleiben, weil dessen Erscheinungen meist sehr wenig schwere sind und die gleichzeitig bestehenden entzündlichen Symptome von Seiten des Rachens gewöhn-

lich die Aufmerksamkeit ablenken. Indessen kann die Affection auch ernst sich gestalten in Folge der Nähe des Larynx. Sobald die Athmung behindert wird, muss man den Abscess mit dem Galvanokauter breit öffnen.

Moure: Fremdkörper der Kieferhöhle.

Fremdkörper der Kieferhöhle sind sehr selten. Redner konnte einen solchen Fall beobachten. Es handelte sich um ein Stückchen von einem Streichholz, das der Pat. durch die zur Behandlung eines Empyems vorher eröffnete Alveole sich in die Kieferhöhle eingeschoben hatte. Die Extraction war mit Hilfe einer von der Alveolaröffnung aus gemachten Injection möglich.

Chabory: Anämie nasalen Ursprungs.

Dieser Ursprung der Anämie ist nicht so selten; Redner bespricht ihre verschiedenen Entstehungsarten.

Noquet: Ein Fall von Nasenstein.

N. demonstrirt einen rundlichen Nasenstein von 1 cm Durchmesser, der am Boden der Nasenhöhle in deren vorderem Theile gelegen hatte. Entgegen dem gewöhnlichen Verhalten hatte dieser Nasenstein keinerlei Störungen verursacht, von einem schlechten Geruch aus der Nase abgesehen.

Castex: Neurasthenie des Kehlkopfs.

Bei gewissen vollständigen Aphonien constatirt man beim Laryngoskopiren nichts als eine Schwäche der Stimmbandbewegung. Es handelt sich dabei weniger um Hysterie, als um eine functionelle Schwäche, die durch Willensanstrengung des Patienten heilbar ist. Redn. hat in 2 Fällen vollständige Heilung erzielt, ohne Suggestion, bloss durch methodisch ausgeführte Stimmübungen.

Bouffé: Gute Wirkungen von Injectionen organischer Flüssigkeiten auf die Stimme.

In einer Reihe von Fällen von chronischer Phlegmasie der Mundrachenhöhle hat B. die obengenannte Therapie angewandt und dabei stets ein Voller- und Kräftigerwerden der Stimme constatirt.

Moure: Die Wirkung der Castration auf die Stimme der Frau.

Im Gegensatz zu dem, was man beim Manne beobachtet, scheint die Castration bei der Frau der Stimme einen tieferen Klang zu verleihen und die Töne stärker zu machen. M. erwähnt 2 Fälle, die er beobachtet hat. Diese Veränderungen indess sind nicht constant und treten oberhalb eines gewissen Alters nicht mehr ein. Es ist wahrscheinlich, dass nach diesem Eingriff Circulations- und Wachsthumsveränderungen im Kehlkopf vor sich gehen, ähnlich wie in der Mutationsperiode bei jungen Leuten.

Mendel: Ein Fall von rhino-laryngo-trachealer Ozaena.

Es handelte sich um eine Rhinitis atrophicans, die ohne üblen Geruch aus Nase oder Mund verlief. Larynx und Trachea waren voll von Krusten; der Kranke war aphonisch. In Folge von Ausspülungen der Nase und des Rachens und ver-

schiedener Einpulverungen des Larynx kam die Stimme wieder und die Krusten im Kehlkopf verschwanden.

Castex: Zwei Fälle von Rhinosklerom.

Dieses Leiden ist in Frankreich selten; Redn. fand aber doch 2 Fälle davon in Paris auf. Dr. Alvarez constatirte, dass das Ferment einer Leguminose „indigofera tinctoria" dem Mikrobion des Rhinoskleroms ausserordentlich ähnlich ist. Vielleicht ist dieses Ferment die Ursache der Krankheit?

Molinié: Der Gebrauch von Celluloid-Lamellen bei der Behandlung intranasaler Synechien.

Redn. zieht diese Lamellen anderen Körpern, die zur Isolirung der beiden Wände der Nasenhöhle gebraucht wurden, vor.

Bonain: Die Intubation des Kehlkopfs.

Redn. hat bei 23 Fällen von Croup die O'Dwyer'sche Intubation vorgenommen. Er erzielte 8 Heilungen = 34 pCt. Auch bei den meisten andern Arten von Kehlkopfstenose erweist diese Methode sich als nützlich.

Belliard: Heisser Retropharyngealabscess.

Redn. theilt einen Fall dieser Art mit glücklichem Ausgang mit; er hält es für besser, den Abscess per os, als von aussen her zu eröffnen. Die Incision muss zur Vermeidung grösserer Blutungen in der Mittellinie liegen. Der Eiter hat im Allgemeinen nicht die Tendenz, in die Luftwege einzudringen.

Joal: Tonsillar-Reflexe.

Bericht über einen Fall, in dem die Hypertrophie einer Gaumentonsille die Ursache von Oesophagusspasmen war; Abtragung der Tonsille führte zum Verschwinden des Krampfes. In einem zweiten Falle waren mit einer acuten Mandelentzündung zugleich Intercostalneuralgien aufgetreten, die nach Cauterisation der Mandeln wieder verschwanden.

Mendel: Tertiäre syphilitische Laryngitis.

Der Kranke bot die Erscheinungen tertiärer Syphilis dar und litt an Anfällen so schwerer Athemnoth, dass die Tracheotomie unvermeidlich erschien. Der Pat. hatte früher einen harten Schanker gehabt, sich aber niemals deswegen behandeln lassen. Es wurde eine energische specifische Behandlung eingeleitet, die sehr rasch zur Heilung führte.

G. Martin: Tumoren der Orbita in Folge von Entzündung der Stirnhöhle.

Die Tumoren der Orbita in Folge von Empyem des Sinus frontalis sind im Allgemeinen schwer zu diagnosticiren. Die Diagnose wird ermöglicht durch intranasale Katheterisirung, die bei bestehendem Empyem leicht ist. Das mit einer Geschwulst der Orbita complicirte Empyem verursacht eine Reihe von Störungen durch Compression des Nervus opticus. Die Therapie muss mit der Behandlung des Empyems selbst beginnen.

Masselon: Ueber nasale Sclerectasie bei Myopie.

Redn. weist auf eine sehr ausgesprochene Niveaudifferenz hin, die man manchmal an den ausgedehnten Partien des Augengrundes an der Innenseite der Papille, an der dem Sitze des hinteren Staphyloms entgegengesetzten Seite, trifft. Er beschreibt die Charaktere dieser Affection, die bei den höheren Graden von Myopie ziemlich häufig ist.

M. Guibert: Ueber Nasenrachenraumbehandlung bei Augenaffectionen.

Nachdem erwiesen ist, dass die Infection des Auges häufig die Folge von nasaler Infection ist, weist Redn. auf die nasopharyngeale Therapie hin, bestehend in 1. Antisepsis der Nasenwege; 2. operativen Eingriffen in Nase und Rachen, die eine Heilung des Augenübels durch Beseitigung der primären Ursache ermöglicht.

Lacoarret: Hämatom der Nasenscheidewand.

Ein kleines Mädchen hatte nach einem Trauma Geschwülste an beiden Seiten des Septums. Nach 2 Monaten wurden diese punktirt; es entleerte sich ein röthliches Serum, das degenerirte Blutkörperchen enthielt. Redn. schliesst an diese Beobachtung eine Besprechung der verschiedenen Nasenscheidewandtumoren und ihrer Differentialdiagnose gegenüber dem Hämatom an.

Wagnier: Behandlung der Rachenmykose mit Chromsäure.

Redn. hat zwei Fälle, die jeder anderen Therapie widerstanden, mit Chromsäure geheilt.

Beausoleil: Ein Fall von Laryngocele.

Der Patient zeigte bei Hustenstössen eine Geschwulst, die allmälig bis zur Grösse einer Mandarine anwuchs. Bei Compression derselben wurde der Kranke aphonisch. B. bespricht die Pathogenese und die Differentialdiagnose der Laryngocele.

Lavrand: Missbildung des Gesichts und Verstopfung der oberen Athemwege.

Die Missbildungen sind nicht eigentlich so erheblich, wie sie uns in's Auge fallen. Das mehr oder weniger ausgeprägte Hervortreten von Hilfsmuskeln ist die Ursache dieses Irrthums. Werden die Athemwege noch in jugendlichem Alter von dem Hinderniss befreit, so wachsen sich die Deformationen aus; dieselben betreffen hauptsächlich die Zahnreihen und das Gaumengewölbe.

Raoult: Empyem der Siebbeinzellen.

R. berichtet über ein Kind, das eine Fistel am linken inneren Augenwinkel, nahe der Basis der Nase, in der Höhe des Thränensacks hatte. Aus derselben floss Eiter, es wurde die Oeffnung verbreitert, die Siebbeinzellen ausgekratzt und auf diese Weise schnell vollständige Heilung erzielt.

Schluss der Sitzung.

E. J. Moure.

---

d) Londoner Laryngologische Gesellschaft.

Sitzung vom 12. December 1894.

Vorsitzender: Dr. Felix Semon.

A. A. Bowlby: Doppelseitige Lähmung der Glottisöffner zweifelhaften Ursprungs, vergesellschaftet mit Cystenkropf und Dyspnoe. Operation, Verbesserung.

Der Patient, ein 60jähriger Mann, wurde am 17. März 1894 ins St. Bartholomews Hospital aufgenommen. Er gab an, dass der Kropf seit etwa zwei Jahren existirt hatte, dass er seit drei Monaten an Schlingbeschwerden, und seit einem Monat an Athemnoth gelitten hatte. Mehrere Male waren plötzliche und schwere Erstickungsanfälle aufgetreten. Bei der Untersuchung fand sich eine enorme Schilddrüsencyste von der Grösse einer Cocusnuss an der linken Seite des Halses. Kehlkopf und Luftröhre wurden stark nach rechts verdrängt. Die Schilddrüse, abgesehen von der Cyste, war nicht beträchtlich vergrössert; Stimme normal aber schwach, Schlingen schwierig und langsam. Bei der laryngoscopischen Untersuchung wurde doppelseitige Glottisöffnerlähmung constatirt; bei tiefer Inspiration gingen die Stimmbänder nicht mehr als etwa 2 Millimeter auseinander. Am 22. März wurde die Cyste operativ entfernt. Die Wunde heilte per primam. Die Dyspnoe und Dysphagie besserten sich sofort, und drei Wochen später wurde der Patient entlassen. Einige Tage später hatte er einen leichten Anfall von Dyspnoe, derselbe hat sich aber bisher nicht wiederholt. Er athmet jetzt ruhig, ist aber bei Anstrengungen kurzathmig; Stimme normal, im Zustande der Stimmbänder ist keine Veränderung eingetreten. Bei der Inspiration zeigt sich eine elliptische Oeffnung zwischen der vorderen Commissur und den Processus vocales und eine zweite kleinere, ähnliche zwischen den Processus vocales und der hinteren Kehlkopfwand. Ein Grund für die Paralyse ist nicht aufzufinden, kein Zeichen von Tabes oder einer anderen centralen Affektion.

A. A. Bowlby: Aneurysma des Arcus aortae mit Compression des linken Vagus und Recurrens und der Trachea, und associirt mit Lähmung des rechten Glottiserweiterers.

Demonstration des Präparats, welches von einem 60jährigen Patienten stammte. Derselbe hatte etwa ein Jahr vor seiner Aufnahme in St. Bartholomews Hospital an Athembeschwerden mässigen Grades gelitten. Einen Monat vor seiner Aufnahme war seine Stimme theilweise verloren gegangen, und seitdem war er continuirlich heiser und die Athemnoth hatte zugenommen. Dysphagie war nicht vorhanden.

Am 24. November 1893 war der Status praesens folgender: Das linke Stimmband stand fast unbeweglich in der Cadaverstellung, das rechte Stimmband wurde

nicht genügend abducirt; sonst war der Kehlkopf normal; weder central noch peripher konnte eine Ursache der Paralyse entdeckt werden. Als der Patient am 8. December 1892 zum zweiten Male sich im Halsdepartement vorstellte, hatte sich sein Befinden sehr verschlechtert, die Athmung war sehr mühsam mit deutlichem Stridor, beträchtlichem Husten und reichlicher Expectoration von Schleim. Das linke Stimmband stand nunmehr völlig unbeweglich in der Cadaverstellung, die Abduction des rechten Stimmbandes war viel unvollkommener als bei der früheren Untersuchung: es bewegte sich bei der Inspiration nicht bis zur Cadaverstellung. Trotzdem aber schien die Dyspnoe stärker entwickelt als man auf Rechnung der Kehlkopfstenose schieben konnte. Es liess sich indessen kein Anzeichen von Druck auf die Trachea entdecken. Der Patient wurde zu Bett gesandt und mit Flüssigkeiten ernährt, sowie mit Dampfinhalationen und Expectorantien behandelt, ohne dass aber die Dyspnoe sich gebessert hätte. Zwei Tage später stellten sich mehrere schwere Dyspnoefälle symptomatischer Natur ein, und am 12. December wurde nach Consultation mit Mr. Butlin die Tracheotomie ohne Narcose vorgenommen. Die Operation gab nur geringe Erleichterung und es wurde nunmehr der Schluss gezogen, dass eine Compression der Trachea im Thorax vorliegen müsse, wie solche von Anfang an vermuthet worden war. Wiederum zwei Tage später hatte der Kranke einen Anfall von Syncope, der von mehreren ähnlichen innerhalb der nächsten Tage gefolgt war. In einem derselben starb er plötzlich am 17. December. Die Autopsie wurde von Mr. James Berry mit grösster Sorgfalt vorgenommen, und die afficirten Theile aufs Genaueste präparirt. Die Abdominalorgane waren normal; die rechte Lunge ödematös und congestionirt; die ganze Aorta war dilatirt, und eben oberhalb des Ursprungs der linken Subclavia begann ein sackförmiges Aneurysma, welches etwa 4 Zoll der Länge des Gefässes einnahm. Der Sack selbst war etwa 4 Zoll lang, $2^1/_2$ Zoll breit und erstreckte sich hauptsächlich in der Richtung nach hinten und etwas nach links. Er hatte den dritten und vierten Rückenwirbel leicht erodirt und hatte sich zwischen die Trachea und den Oesophagus eingeschoben, letzteren beträchtlich nach links verdrängt und abgeplattet. Die Trachea war von etwa 2 Zoll unterhalb des Ringknorpels bis zu ihrer Bifurcationsstelle comprimirt; das Maximum der Compression lag gerade hinter dem Manubrium, wo die Wände der Luftröhre nur einen viertel Zoll zwischen sich liessen. Der rechte Vagus und Recurrens waren ganz frei von Druck und waren von dem Sack durch einen Zwischenraum von ungefähr $^3/_8$ Zoll getrennt. Sie lagen in normalem lockerem Bindegewebe; der linke Vagus und Recurrens waren gedehnt, abgeplattet und adhärirten der vorderen Wand des Sacks, sie waren augenscheinlich sehr stark comprimirt gewesen.

Das Hauptinteresse des Falls lag nach Ansicht des Vortragenden in der Parese des rechten Stimmbandes als eine Folge von Druck auf den linken Vagus. Die Dyspnoe war hauptsächlich das Resultat von Compression der Luftröhre, obwohl zweifelsohne auch das Lumen des Larynx durch die doppelseitige Lähmung der Stimmbänder beträchtlich verengert war. Das Aneurysma berührte keinen Theil der Brustwandungen mit Ausnahme der beiden Wirbel, wodurch der Mangel physikalischer Zeichen während des Lebens sich leicht erklärte.

Mr. de Santi sprach die Meinung aus, dass in solchen Fällen die Intubation die Tracheotomie mit Nutzen ersetzte. — Der Präsident bemerkte, dass der Fall verschiedene Lehren gäbe: Erstens sei Lähmung des Stimmbands der gegenüberliegenden Seite durch Druck auf den anderen Vagus ein äusserst seltenes Ereigniss, und in der ganzen Literatur seien nur 5 bis 6 wirklich authentische Fälle berichtet worden; zweitens erhärte der Verlauf der Dinge in diesem Falle aufs Neue das Gesetz von der geringeren Resistenzfähigkeit der Erweitererfasern; drittens illustrirte der Fall einen Punkt, auf den er selbst wiederholt die Aufmerksamkeit gelenkt habe, nämlich die Existenz einer doppelten Stenose der Luftwege im Kehlkopf durch Lähmung der Glottisöffner, weiter unten durch directe Compression der Trachea, und vom praktischen Standpunkt aus sei es rathsam, in solchen Fällen, wenn die Tracheotomie unvermeidlich sei, nicht zu viel hinsichtlich der Erleichterung der Dyspnoe als Folge der Operation zu versprechen. Dr. Mackern (Buenos Ayres) gedachte eines Falls von doppelter Lähmung der Glottiserweiterer bei einem tuberkulösen Patienten, in welchem unter dem Gebrauch von Jodkali und Electricität vollständige Heilung eingetreten war.

H. T. Butlin: Chronische Laryngitis (?).

Der Patient, ein 53jähriger Mann, war ein Militärmusiker, der seine Stimme verloren hatte. Vor etwa $1^3/_4$ Jahren war die Stimme allmälig schwächer, vor 15 Monaten plötzlich aphonisch geworden, und seitdem so geblieben. Vor 25 Jahren hatte er an primären und secundären Manifestationen von Syphilis gelitten, deren Narben seine Haut noch aufzeigte. Der Hals war aber frei geblieben. Gegenwärtig klagte er ausser seiner Aphonie noch über gelegentliches Erstickungsgefühl und nächtliche Athemnoth, die etwa zwei Mal wöchentlich aufzutreten pflege. Die Stimmbänder waren roth und verdickt, und an beiden befanden sich mehrere Auswüchse, besonders in der Nähe der vorderen Commissur. Einer derselben, welcher in die Glottis hinabhing, bewegte sich wie ein Ventil während der Respiration auf und ab. Die diagnostische Schwierigkeit war die, zwischen Syphilis, Tuberkulose und multiplen Papillomen zu unterscheiden.

Richard Lake: Eine 11 Jahre hindurch getragene Tracheotomiecanüle.

Die äussere Canüle war stark verdünnt und erodirt.

Felix Semon: Fremdkörper in den Luft- und Speisewegen.

Der Präsident zeigte mehrere Fremdkörper, die aus den Luft- und Speisewegen theilweise spontan ausgestossen und theilweise entfernt worden waren, und gab die Geschichte der betreffenden Fälle (einige derselben waren bereits früher berichtet worden). Die Objecte waren folgende:

1. Eine Hollunderkugel aus der Nase eines 4jährigen Knaben entfernt;
2. Eine Stecknadel mittelst der Zange von der linken arytaeno-epiglottischen Falte eines 13jährigen Knaben entfernt, in welcher sie 14 Monate hindurch gesteckt hatte.

3. Ein Ohrring, welcher zuerst unterhalb des linken Stimmbands impactirt gewesen und dann in einen Bronchus der linken Lunge gelangt war, aus dem er durch einen Hustenstoss entfernt wurde.
4. Die Spitze einer Zahnzange, welche nach vorgenommener Tracheotomie aus dem rechten Hauptbronchus einer jungen Frau entfernt worden war.
5. Zwei Halfpennies, welche aus den Speiseröhren kleiner Kinder entfernt worden waren, die dieselben verschluckt hatten. (Ein Präparat eines Oesophagus wurde gezeigt, in welchem sich um einen unentdeckt gebliebenen Halfpenny eine Art Tasche gebildet hatte.)
6. Ein Stück Fleisch mit einem langen scharfen Knochen zusammenhängend, welches aus dem Oesophagus einer erwachsenen Frau entfernt worden war.

M. Butlin gedachte eines Falls von Pleuropneumonie, welche sich an die Impaction eines Fremdkörpers im Oesophagus angeschlossen hatte und tödtlich geendet war. — Dr. Bronner bemerkte, dass die in den Lehrbüchern gewöhnlich angegebene Vorschrift, so lange zu warten, bis sich definitive Symptome nach Impaction von Fremdkörpern herausgebildet hätten, nicht gerechtfertigt erschiene. Seiner Ansicht nach solle man den Fremdkörper entfernen, sobald wie die Diagnose gesichert sei. — Der Präsident meinte ebenfalls, dass man niemals einen Fremdkörper in den Luftwegen belassen soll, rieth aber dazu, wenn es sich um glatte und runde Gegenstände handle, vor der Vornahme einer blutigen Operation die Inversion zu versuchen.

Walter G. Spencer: Fibrosis der Schildrüse; partielle Thyroidectomie, Tracheotomie und Dilatation der stenosirten Trachea.

Die Patientin, ein Hausmädchen, hatte seit 7 Jahren an einer Schwellung der Schilddrüse gelitten, die zunächst weich gewesen und allmählich härter und kleiner geworden war. Trotz der Abnahme im Umfang hatte sich Athemnoth eingestellt. Ihre Mutter hatte an einer weichen Schilddrüsengeschwulst gelitten. Als die Patientin sich im Westminster Hospital vorstellte, war die Schilddrüse von anscheinend normaler Grösse, aber steinhart; der Puls 130 bis 140; kein Exophthalmos, dagegen Stridor, der allmählich zunahm, und deutliche Cyanose. Die Dauer des Leidens und die Abnahme in der Grösse der Schilddrüse liessen auf Verkalkung einer früher vergrösserten Drüse schliessen. Am 11. April 1894 wurde eine mediane Incision bis zum Isthmus der Drüse gemacht; derselbe wurde so hart vorgefunden wie nur ein fibroider Tumor sein kann, jedoch wurde keine Verkalkung angetroffen. Zwischen der Drüse und der Trachea war eine Demarcationslinie trotz sorgfältigsten Suchens nicht aufzufinden. Es wurden daher der Isthmus und die anstossenden Theile beider Seitenlappen von der Trachea abrasirt, und ein Theil der Drüse an beiden Seiten etwa so gross wie das Endgelenk des Daumens zurückgelassen. Die auf diese Weise freigelegte Luftröhre fühlte sich wie ein weiches Rohr an, und wurde mit In- und Exspiration abwechselnd eingezogen und vorwärts geblasen, die Knorpelringe waren entweder erweicht oder

verschwunden. Da die Athmung sich trotz der Entfernung des Isthmus nicht besserte, so wurde die Trachea unmittelbar unterhalb des Ringknorpels eröffnet, wo die Ringe normal waren. Beim Zurückziehen der Wandungen der Oeffnung zeigte sich, dass das Lumen des Rohrs unterhalb bis auf eine enge Spalte verringert war, und die Trachea wurde nunmehr longitudinal nach unten durch die ganze Länge des Theils incidirt, welcher im Contact mit der Schilddrüse gewesen war, bis man wieder auf normale Knorpelringe stiess. Die Schleimhaut der Trachea erschien normal, und war nur in dem engen Theile gefaltet. Eine silberne Tracheotomiecanüle wurde eingeführt und die Athmung wurde sofort frei. Nachdem die Patientin die Canüle 14 Tage lang getragen hatte, wurde es allmählich möglich, sie zu entfernen, und am Ende eines Monats nach der Operation war die Wunde im Halse vollständig geschlossen. Sechs Monate nach der Operation war das Gesammtbefinden besser und die Athmung nicht beschwerlich, obwohl man noch immer etwas trachealen Stridor hörte. Der Rest der Drüse war unverändert; die Pulsfrequenz betrug noch immer 120 per Minute. Bei der microskopischen Untersuchung der entfernten Drüsentheile zeigte ein Theil Schilddrüsenalveolen, die vollständig normal erschienen und Colloid; doch waren die Alveolen von einander durch eine vermehrte Quantität fibrösen Gewebes getrennt. In dem Rest der Geschwulst war alle Drüsenstructur durch dichtes fibröses Gewebe ersetzt, welches weder sarcomatös erschien noch Cysten enthielt, dagegen Gefässe mit deutlicher Wandung aufwies. Zwischen diesen beiden Extremen waren die Drüsenalveolen kleiner als normal und mit Epithelialzellen angefüllt; an anderen Stellen markirten Haufen von Epithelialzellen, welche von kleinen Rundzellen umgeben waren, die Stelle eines früheren Alveolus, und endlich waren wieder an anderen Stellen nur Gruppen von kleinen Rundzellen sichtbar. Die Fibrosis schien von der Drüsenkapsel sich nach Innen verbreitet zu haben.

Der Vortragende meinte, dass die Längsspaltung der stenosirten Trachea möglicherweise in einem dauernden Zustand von Erweiterung resultiren könne, wie im Falle anderer stricturirter Röhren, und der normale Zustand der Schleimhaut scheine eine solche Hoffnung zu begünstigen. Die hohe Pulsfrequenz rührte seiner Ansicht nach noch von der Zeit her, wo die Schilddrüse vergrössert gewesen war; jedenfalls aber sei es bemerkenswerth, dass sie so schnell geblieben sei, nachdem ein so grosser Theil der Schilddrüse ausser Activität gesetzt worden war. Andererseits seien keine Symptome von Myxödem eingetreten, ohne Zweifel, weil noch eine gewisse Quantität normalen Schilddrüsengewebes erhalten sei; ausserdem differire die Steinhärte der Drüse durchaus von der weichen Schrumpfung, wie sie bei Myxödem angetroffen wird. Vom chirurgischen Standpunkte aus sei der wichtigste Punkt des Falls die Thatsache, dass die Trachea vollständig in der Krankheit aufgegangen war und ihre Knorpelringe sich erweicht hätten, während die klinischen und mikroskopischen Zeichen des Falls keine Spur von Bösartigkeit aufwiesen. Eine solche Fibrosis oder fibröse Degeneration der Schilddrüse müsse eine äusserst seltene Krankheit sein, da kein Fall dieser Art, soweit dem Vortragenden bekannt, bisher berichtet worden war. Ziegler allein erwähne des Vorkommens der Krankheit; Fibrosarcome seien

angetroffen worden, so z. B. von Mr. Bowlby (Lancet, 1884, Vol. II. p. 1001): von diesen aber sei der gegenwärtige Fall sowohl durch seinen klinischen Verlauf wie durch den mikroskopischen Befund verschieden.

Scanes Spicer: Lähmung des linken Stimmbands, associirt mit Lähmung des weichen Gaumens (diphtheritischen Ursprungs?).

Der Patient, ein 34jähriger Stallknecht, hatte an Heiserkeit und Regurgitation von Flüssigkeiten durch die Nase seit Mitte September 1894 gelitten. Die Krankheit begann mit einer gewöhnlichen Erkältung ohne Membranbildung und ohne Geschwüre im Halse, letzterer war anfänglich ein wenig empfindlich und geringe Schlingbeschwerden waren vorhanden. Die Sprache war gegenwärtig entschieden nasal, und bei Anstrengungen trat Dyspnoe ein. Die Muskelkraft beider Arme war gut und gleich stark entwickelt. Die verschiedenen Reflexe (Knie, Ellenbogen, Pupillen) normal. Mechanische Reizung des Gaumens wurde gefühlt, ohne das eine reflectorische Contraction eintrat. Das linke Stimmband fast unbeweglich in Cadaverstellung. Im Thorax nichts Abnormes zu entdecken. Keine Anamnese von Syphilis, Influenza oder Diphtheritis. Der Patient besserte sich allmählich unter Liquor Strychniae (5 Tropfen pro dosi), nachdem grosse Gaben von Jodkalium mehrere Wochen lang fortgesetzt erfolglos geblieben waren.

Dr. Ball hielt die Lähmungen für diphtheritisch. Dr. Hale White hatte ähnliche Verhältnisse bei Bleilähmung gesehen. Dr. M'Bride meinte, dass in den vom Accessorius Willisii versorgten Muskeln dauernde Veränderungen eingetreten seien.

Scanes Spicer: Aneurysma des Arcus aortae mit Lähmung des rechten Stimmbands.

Demonstration des Präparats, das von einem 48jährigen Seemann stammte, welcher wegen schwerer Anfälle von spasmodischer Dyspnoe, Heiserkeit und Schmerzen in der Brust im St. Mary's Hospital von Dr. David Lees und dem Vortragenden behandelt worden war. Das Laryngoskop hatte Lähmung des rechten Stimmbands gezeigt, während die Bewegungen des linken Stimmbands während der ganzen Dauer der Krankheit ungestört gewesen waren. Die Untersuchung der Brust zeigte Hervorragung der rechten Thoraxhälfte mit Dämpfung und stridulösen Athemgeräuschen. Intubation, Venaesection und Injectionen von Morphium und Atropin hatten zeitweise Erleichterung verschafft. Der Patient starb an cardialer Syncope, die sich allmählich entwickelte. Bei der Obduction fand sich ein sackförmiges Aneurysma des Arcus aortae, welches die Mitte und und das letzte Drittel derselben einnahm, und nach hinten sah. Der linke Recurrens schien durch die Rückenfläche des Sacks ausgedehnt; ausserdem hatte die Geschwulst den unteren Theil der Trachea dermassen nach hinten und nach rechts vorgedrängt, dass die Convexität der verlagerten Trachea auf den rechten Recurrens und Vagus drückte. Der Tumor drückte auch auf die Trachea und öffnete sich in ihr Lumen. Die grossen Gefässe waren nicht in dem Aneurysma

einbegriffen, da sie schon vor derjenigen Stelle der Aorta abgingen, in welcher die Sackbildung begann.

Charters Symonds: Anchylose (?) des linken Cricoarytaenoidgelenks.

Die Patientin, eine 56jährige Frau, kam im Mai 1894 ihrer Heiserkeit wegen zum Guy's Hospital. Der Zustand hatte seit etwa Jahresfrist bestanden und zeigte sich bei einer erneuten Untersuchung im November unverändert. Die ganze linke Kehlkopfhälfte war unbeweglich, das linke Stimmband mit seinem Giesbeckenknorpel war in der Medianlinie fixirt, und das rechte näherte sich ihm, jedoch kreuzte der rechte Giessbeckenknorpel nicht den linken. Die Form der Glottis war, so weit sich die Stimmbänder berührten, schräg gestellt. Es waren keine Anzeichen von früherer destruirender Ulceration des Stimmbands oder Giessbeckenknorpels vorhanden, ebenso wenig Zeichen von Druck auf den entsprechenden Nerven im Halse oder sonst wo. Keine Schlingbeschwerden. Oesophagusbougie passirte leicht. Keine Vorgeschichte von Syphilis. Die Pat. war stocktaub und sehr erregbar. Die Diagnose lag zwischen Nervenlähmung und mechanischer Fixation. Der Vortragende neigte sich der letzteren Ansicht zu wegen der Stellung des Arytaenoidknorpels, der schrägen Stellung der Glottis und der Thatsache, dass der bewegliche Giessbeckenknorpel den fixirten nicht displacirte.

Dr. Percy Kidd, welcher die Patientin in einem früheren Stadium gesehen hatte, trat dieser Ansicht bei.

Charters Symonds: Tuberculöse Ulceration der Epiglottis mittelst Currettements und Milchsäure behandelt.

Der Patient war ein 29jähriger Mann, der seit August 1891 an den gewöhnlichsten Beschwerden tuberculöser Epiglottis gelitten hatte. Die Epiglottis wies ausgedehnte Infiltration und Verschwärung auf. Er wurde vom 30. November 1891 bis zum November 1892 in Zwischenräumen mit Currettement und Milchsäure behandelt, und ist seit jener Zeit wohl geblieben.

In der Discussion gedachte Dr. Clifford Beale des gelegentlichen Vorkommens spontaner Heilung localisirter Tuberkelherde in der Epiglottis ohne jede specielle Behandlung. — Mr. Butlin erwähnte des Falls eines Knaben mit zerstörender Ulceration der Epiglottis, welcher unter einfacher Application von Jodoform zur Heilung gekommen war. — Dr. M'Bride berichtete von einem Falle spontaner Heilung, in welchem sich im Pharynx ein ähnliches blasses Oedem gezeigt hatte, wie man es in den Frühstadien tuberculöser Kehlkopferkrankung zu sehen bekäme. Die Schwellung ging zurück, nachdem ein paar Mal, und nicht sehr regelmässig, Milchsäure applicirt worden war. In dem Falle wurden keine Bacillen gefunden. — Mr. Creswell Baber sprach ebenfalls von einem Falle tuberculöser Epiglottitis, und verbreitete sich über die grosse Verschiedenheit des Verlaufs tuberculöser Kehlkopferkrankung in verschiedenen Fällen. — Mr. Symonds legte Nachdruck darauf, dass in seinem Falle die Verbesserung unter der Behand-

lung eine rapide war, nachdem vorher der Zustand 6 Wochen lang unverändert angedauert hatte. — Der Präsident bemerkte, dass es ohne Nachweis von Bacillen nicht immer möglich sei, in solchen Fällen die Diagnose auf Tuberculose mit Sicherheit zu stellen.

Charters Symonds: Pachydermie des Kehlkopfs.

Erneute Vorstellung des in der letzten Versammlung demonstrirten Patienten. (Vergl. Centralblatt S. 621.) Der Zustand hatte sich einigermassen verändert und war nunmehr viel charakteristischer für Pachydermie geworden, in welchem Sinne sich der Präsident, Dr. Kidd, Dr. M'Bride und Dr. Ball aussprachen. Die Herren Bronner und Scanes Spicer riethen wiederum zur Entfernung eines kleinen Stückes des Vorsprungs zum Zwecke mikroskopischer Untersuchung. Der Präsident meinte jedoch, dass die Diagnose nunmehr auch ohne eine solche klar genug sei, und dass die Ergebnisse der mikroskopischen Untersuchung nicht immer beweisender Natur in diesen Fällen wären, sondern möglicherweise Verwirrung in die Auffassung eines an sich ganz einfachen Falles bringen könnten.

P. M'Bride: Venöses Angiom des Rachens.

Der Vortragende zeigte eine Abbildung von diesem Falle. Die Patientin war eine junge verheirathete Frau, die an einer Tendenz zu varicösen Venen litt, und welche die Rachengeschwulst eines Tages zufällig bemerkte, als sie in ihren Hals sah. Das Angiom bestand aus einem mässig grossen Venenconvolut, und nahm den ganzen Gaumenrand incl. der Uvula an der linken Seite des Halses ein; kleinere separate Geschwülste fanden sich an den vorderen und hinteren Gaumenbögen, während der weiche Gaumen selbst an seiner Vorderseite bläulich verfärbt war. Da die Geschwulst keine Symptome verursachte, so wurde nicht beabsichtigt, sie irgend welcher Behandlung zu unterziehen. Felix Semon.

IV. Briefkasten.

Personalia.

Prof. Körner (Rostock) theilt uns mit, dass er einen Ruf auf den neu begründeten Lehrstuhl für Otiatrie und Laryngologie in Breslau erhalten und abgelehnt hat.

Gedruckt bei L. Schumacher in Berlin.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XI. Berlin, August. 1895. No. 14.

I. Referate.

a. Aeusserer Hals, obere Luftwege, Medicamente etc.

1) **R. C. Myles. Der Einfluss eines schlechten Ernährungszustandes auf Hals, Nase und Ohr. (The influence of malnutrition upon the throat, nose and ear.)** *N. Y. Med. Record. 23. März 1895.*

1. In welchem Maasse wirkt ein schlechter Ernährungszustand auf Nase, Hals und Ohr zurück? und 2. bis zu welchem Grade verursachen pathologische Zustände in Nase, Hals und Ohr einen mangelhaften Ernährungszustand?

Nach des Verf.'s Erfahrung wirkt der Allgemeinzustand auf Nase, Hals und Ohr weder so oft, noch auch so stark ein, als gewöhnlich angenommen wird. Von speciellen Diathesen und Krankheiten, wie Tuberkulose und Syphilis, abgesehen äusserte sich der mangelhafte Zustand der allgemeinen Ernährung hauptsächlich an den Nerven und Muskeln des Kehlkopfs, an den Gehörnerven, speciell durch Ohrensausen und passive Erscheinungen von Congestion, an der Nase schliesslich durch mangelnde Wärme derselben, Oedem der Schleimhaut und Verdickung ihres Sekretes. Auf der anderen Seite sind excessive lokale Veränderungen hypertrophischer und proliferativer Natur häufig Ursache allgemeiner Cachexie. Beispielshalber kann eine Ernährungsstörung zu Stande kommen durch starken Verlust von Speichel, durch Verschlucken grosser Mengen von schleimig-eitrigem Sekret oder durch eine Bronchitis, die durch Herabfliessen des Sekrets in die Bronchien entsteht und unterhalten wird. Der Fälle, bei denen eine lokale Störung an verschiedenen Theilen des Körpers behoben wird und danach der Ernährungs- und Allgemeinzustand sich bessert, giebt es in der Literatur zahllose. LEFFERTS.

2) **N. Strelnikow** (Petersburg). **Ueber die Entstehung des Schleimes bei Katarrhen der Luftwege. (Ob obrasowanii slisi pri katarrhe dihatelnich putei.)** *Russ. Med. 1894. No. 21—22.*

Eine experimentale Arbeit an Hunden und an Kaninchen, wo als mikrochemisches Reagens auf Schleim das Safranin gebraucht wurde.

Die Veränderungen des Epithels der Trachea und der Bronchien, sowie die mikroskopischen Bilder der Katarrhe, welche nach Reizung der Schleimhaut entstanden sind, sind sehr verschiedenartig. Beim eitrigen Katarrh machen sich besonders bemerkbar ein Oedem der Schleimhaut und eine Infiltration derselben mit Leukocythen, während beim schleimigen Katarrh eine starke Schleimabsonderung und eine Vermehrung der schleimbildenden Becherzellen in den Vordergrund tritt.

Die Becherzelleu der Trachea und der Bronchien entstehen aus dem Epithel, produciren Schleim, gehen aber nie in Flimmerepithelzellen über.

In den Becherzellen gehen, während der schleimigen Metamorphose, chemische Veränderungen des Protoplasma und des Kernes vor sich, welche sich in der sehr charakteristischen Färbung mit Safranin zeigen. Nach der schleimigen Metamorphose atrophiren die zelligen Elemente und gehen zu Grunde.

Die Becherzellen der Trachea des Menschen gleichen ihrer Form und Färbbarkeit nach vollkommen denen der Hunde und Kaninchen. LUNIN.

3) **Thibaudet. Beständige Recidive von Influenza. (Persistent recurrences of influenza.)** *N. Y. Med. Record. 19. Januar 1895.*

Auf Grund sorgfältiger Studien über diese Frage kommt Th. zu dem Schlusse: 1. dass während einer Periode von 20 Tagen bis zu 4 Monaten die Influenza ein und denselben Organismus 2—4mal befallen kann, mit grösseren Intervallen vollkommener Fieberlosigkeit, 2. dass diese wiederholten Attacken einer Reihe selbstständiger Reinfectionen auf einem besonders günstigen Boden zuzuschreiben sind. Je grösser die Virulenz des pathogenen Keimes, um so höher die Contagiosität des Falles. LEFFERTS.

4) **C. G. Carleton** (Lawrence, Mass.). **Eine Definition der Influenza. (A definition of influenza.)** *N. Y. Med. Journ. 9. März 1895.*

Verf. theilt in einem Schreiben an die Herausgeber des Boston Medical and Surgical Journal mit, dass ein Geistlicher seiner Bekanntschaft die Grippe als „Erkältung und Besessensein vom Teufel" definirt. LEFFERTS.

5) **R. C. Newton. Die Pathologie und der klinische Verlauf der Influenza. (The pathology and clinical history of influenza.)** *N. Y. Medical Journal. 30. März 1895.*

Verf. hält die Aetiologie, Pathologie und Diagnose dieser hochinteressanten Krankheit durch die neueren bakteriologischen Forschungen für völlig klargestellt. LEFFERTS.

6) **J. Perry. Halsaffectionen bei Influenza. (Throat affections in influenza.)** *Brit. Med. Journ. 9. März 1895.*

Die Mandeln sind geschwollen, die Uvula vergrössert, der Pharynx geröthet, Die Symptome dauern einige Wochen; öfters besteht ein Hautausschlag.

ADOLPH BRONNER.

7) **W. Donnelly** u. **J. Morris. Halsaffectionen bei Influenza. (Throat affections in influenza.)** *Brit. Med. Journ. 16. März 1895.*

In 50 pCt. der Fälle von Influenza tritt Husten auf. Mitaffection der Uvula und der Mandeln. Gurgeln mit 2 proc. Salicylnatrium ist das beste Mittel.

ADOLPH BRONNER.

8) **W. Bamby** u. **H. Blake. Halsaffectionen bei Influenza. (Throat affections in influenza.)** *Brit. Med. Journ. 30. März 1895.*

Die Verff. beobachteten in vielen Fällen von Influenza Affectionen der Mandeln und der Uvula.

ADOLPH BRONNER.

9) **F. Jollye. Halsaffectionen bei Influenza. (Throat affections in influenza.)** *Brit. Med. Journ. 30. März 1895.*

In fast allen Fällen ist eine Röthung und Anschwellung der Uvula, mit Husten, zu konstatiren.

ADOLPH BRONNER.

10) **Plicque. Die Behandlung der Influenza. (Treatment of influenza.)** *N. Y. Med. Record. 16. März 1895. N. Y. Med. Journ. 9. März 1895. Presse medicale. 6. Februar 1895.*

P. empfiehlt von Medicamenten Antipyrin 1,8—3,6 g, Tct. aconiti 10 bis 30 Tropfen pro die, Chinin und Coffein. Wichtig ist die gleichzeitige antiseptische Behandlung von Nase, Mund und Rachen — Gurgeln mit Borsäurelösung, Borvaselin für die Nasenhöhle u. s. w.

Gegen den Reizhusten bei Lungencomplicationen empfiehlt P.: Tct. Belladonnae, Tct. Aconiti, Tct. Droserae aa 1,8, Tct. Myrrhae 9,37, davon 1,2—1,8 pro die. Bei Congestion der unteren Lungenpartien soll man trockene Schröpfköpfe setzen, Blutegel jedoch vermeiden. Bei respiratorischen Katarrhen sind Emetica nützlich für Kinder und Erwachsene, ebenso Ammonium muriaticum.

LEFFERTS.

11) **W. L. Stowell. Die Symptomatologie und Behandlung der Influenza. (The symptomatology and treatment of influenza.)** *N. Y. Med. Journal. 30. März 1895.*

Wesentlich ist die Ernährung des Patienten, ferner die Anregung der Ausscheidungen u. z. durch die Lungen mittelst Expectorantien, durch den Darm mittelst Abführmitteln. Gegen den Kopfschmerz sind Phenacetin, Antipyrin und Acetanilid zu geben. Auch salicylsaures Natrium und Ammoniumcarbonat erwiesen sich als nützlich.

LEFFERTS.

12) **De Roaldes. Aethylbromid als Anaestheticum in der oto-laryngologischen Praxis. (Ethyl Bromid as on anaesthetic in oto-laryngologic practice.)** *Phil. Med. News. 2. März 1895.*

Verf. empfiehlt die Aethylbromidnarkose hauptsächlich für Kinder. Er hat sie 150 mal in 2 Jahren angewendet und niemals etwas Nachtheiliges davon gesehen.

LEFFERTS.

13) **Tesier. Eine neue Art der Bromaethylanwendung in der Oto-Rhinologie. (Sur un nouveau mode d'administration du bromure d'éthyle en oto-rhinologie.)** *Thèse de Paris. 1895.*

Verf. räth, um unglückliche Zufälle zu vermeiden, eine gewisse Dosis nicht zu überschreiten, die wohl ausreicht eine cerebrale Hemmung zu erzielen, die aber auf die Medulla noch nicht wirkt. Es soll nicht Analgesie, sondern nur eine temporäre Unterdrückung der Schmerzperception herbeigeführt werden. Zu diesem Zweck giebt er mit einem Male 3—5 g Bromäthyl bei Kindern von 3—8 und 5—10 g bei solchen von 8—15 Jahren. Diese Dosis reicht für alle kleinen Eingriffe rhino-otologischer Art aus. A. CARTAZ.

b. Nase und Nasenrachenraum.

14) **G. Killian. Zur Anatomie der Nase menschlicher Embryonen.** *Archiv für Laryngologie u. Rhinologie. Bd. II. Heft 2.*

In dem vorliegenden Theile seiner Arbeit giebt Verf. die Resultate seiner Untersuchungen über die Schleimhautfalten der Nasenscheidewand. Durch Untersuchung von 190 Embryonen hat er festgestellt, dass die Furchenbildung an der Schleimhaut der Nasenscheidewand im 4. Monat beginnt und bis zum 7. und 8. Monat zunimmt, vom 9. Monat ab beginnt bereits die Rückbildung. Diese schreitet oft bis zum völligen Schwund der Schleimhautfalten fort; in etwa 31 pCt. der Fälle aber bleibt eine Schleimhautwulst, stärker oder schwächer entwickelt, beim Lebenden nachweisbar. Verf. schreibt der Faltenbildung eine respiratorische Function zu; sie diente zur Vergrösserung der die Luft anfeuchtenden und erwärmenden Fläche. Der Luftstrom bestimmte auch die Richtung der Falten. Verf. führt aus, wie die allmälige Aenderung der menschlichen Nase den Weg der Athmungsluft veränderte und den Zweck der Falten überflüssig werden liess.

A. KLEMPERER.

15) **Tichow** (Kasan). **Aneurysma cirsoides nasi.** *Chirurg. Getop. 1894. No. 2.*

Das Aneurysma nahm die oberen $^2/_3$ des Nasenrückens ein; es war 5 cm lang und 4 cm breit und erhob sich 1 cm über die Hautoberfläche. Die Geschwulst wurde operativ entfernt und auf die frische Wunde nach Stillung der Blutung die Thiersch'sche Transplantation gemacht. Der Verlauf war gut und das cosmetische Resultat ein befriedigendes. LUNIN.

16) **Schiffers. Die Pathogenese des nicht infectiösen Croups der Nasenschleimhaut. (Pathogénie du croup non infectieux de la muqueuse nasale.)** *Revue internat. de rhinolog. otolog. etc. Paris. 1894. p. 61—63. No. 6.*

Verf. führt die Affection nicht auf einen Mikrococcus zurück, sondern auf einen Reflexkrampf der Gefässe infolge von Erkältung. E. J. MOURE.

17) **L. Rethi. Zum Wesen und zur Heilbarkeit der Ozaena.** *Archiv f. Laryngologie u. Rhinologie. II. 2. 1894.*

Verf. versteht unter Ozaena nur den „chronischen Nasenkatarrh, bei dem sich

ein specifischer, ganz eigenartiger Geruch entwickelt, der für sich allein zur Erkennung und Charakterisirung der Krankheit hinreicht.“ Ozaena ist mit chronischer atrophischer Rhinitis nicht identisch, denn die letztere kommt auch ohne Fötor vor. Die Weite der Nasenhöhlen erhöht die Disposition zur Entstehung der Ozaena; diese kommt aber in seltenen Fällen auch bei enger Nasenhöhle vor und kann bei weiter Nasenhöhle heilen. Die Ozaena kann sowohl mit Hypertrophie wie mit Atrophie beginnen; die Hypertrophie geht dann gewöhnlich in Atrophie über; doch liegt in der Atrophie nicht das Wesen des Processes, denn einmal kann die Ozaena heilen, während die Atrophie bestehen bleibt, dann aber kann auch in seltnen Fällen die atrophische Schleimhaut wieder hypertrophisch werden und trotzdem die Ozaena fortbestehen. Das Wesentliche des Processes sucht Verf. in der Erkrankung der Drüsen, die ein specifisches, eigenthümlich chemisch verändertes Secret liefern; ein anatomisches Charakteristicum findet Verf. in dem fettigen Zerfall der Infiltrationszellen und Drüsenelemente. Er sah die Fettkugeln und den fettigen Detritus um so zahlreicher, je stärker der Geruch war; bei Heilung sah er das Fett verschwinden. Er vermuthet, dass es Fettsäuren sind, an denen der Geruch haftet; Bakterien ist er nicht geneigt, eine Rolle bei der Zersetzung zuzuschreiben. Nebenhöhlenerkrankung bei Ozaena ist nicht die Regel, sondern relativ selten; auch wo beide nebeneinander bestehen, ist die Ozaena nicht immer von dem Nebenhöhlenempyem abhängig.

Therapeutisch empfiehlt R. oberflächliche, systematisch über die gesammte Erkrankungsfläche sich ausdehnende Aetzungen mit dem Galvanokauter, oder mit Chrom- oder Trichloressigsäure. In ganz veralteten Fällen mit bedeutender Schrumpfung der Schleimhaut setzt R. tiefergehende Schorfe, um einen Theil der Schleimhaut zu veröden. Spülungen und Tamponade behalten daneben ihren Werth, in geringerem Umfange auch die Massage. Die Prognose ist ziemlich schlecht; von 64 Fällen wurden 4 geheilt, 7 gebessert.

F. KLEMPERER.

18) **Blondiau. Vibrationsmassage. (Massage vibratoire.)** *Revue internat. de rhinol., otolog. etc. 1894. p. 133—40. No. 12.*

Verf. empfiehlt diese Behandlungsmethode, die er selbst mit Erfolg angewandt hat.

E. J. MOURE.

19) **Hans Daae** (Christiania). **Ein Apparat zur Behandlung der Ozaena durch Massage.** *Arch. f. Laryngol. u. Rhinol. Bd. II. H. 2. 1894.*

Ein dünner Wattehalter wird durch die Handmaschine, deren Rad der Pat. selbst dreht, in rotirende, nicht vibrirende Bewegung gesetzt. Die Watte wird in eine 1prom. Sublimatlanolinsalbe getaucht. Die Resultate dieser Behandlung werden als sehr günstige geschildert.

F. KLEMPERER.

20) **P. Tichow** (Kasan). **Osteoma der Nasenhöhlen. (Osteomi nosowich polostei.)** *Chirurg. letop. 1894. No. 1.*

Die 20 Jahre alte Pat. will 11 Jahre krank sein; das Leiden begann mit heftigem Nasenbluten, dann zeigte sich an der Nasenwurzel eine Geschwulst, die

schnell wuchs und in 3 Jahren die jetzige Grösse erlangt hatte. Seit 8 Jahren hat die Geschwulst keine weiteren Fortschritte gethan.

Der untere Theil der linken Stirnhälfte, die Nase und die linke Gesichtshälrte sind bedeckt von einer Geschwulst von der Grösse zweier Männerfäuste.

Von der Nase ist nur der rechte Nasenflügel zu erkennen. Das linke Auge ist atrophisch und nach aussen verdrängt. Die Geschwulst ist mit normaler Haut bedeckt, fühlt sich knochenhart an und ist ganz schmerzlos.

Diagnose: Osteoma ossis ethmoidalis mit Verbreitung in die Sinus frontalis sin. maxillaris sin. und wahrscheinlich auch in den Sinus spheonid.

Nach Entfernung der Geschwulst blieb eine grosse Höhle zurück, die begrenzt war, oben vom erweiterten Sinus frontalis sinist., hinten von der Basis cranii und dem erweiterten Sin. sphenoid., seitlich von den zur Seite gedrängten inneren Orbitalwänden, mehr nach vorne links von der äusseren Oberkieferwand und rechts vom verdrängten Septum narium.

Diese grosse Höhle hatte sich im Verlaufe eines Jahres auf die Hälfte geschlossen und jetzt soll Pat. eine Prothese erhalten. Die stückweise entfernte Geschwulst war zum Theil mit hypertrophischer Schleimhaut bedeckt und bestand aus theils spongiösen theils eburnisirten Knochenmassen.

Auch bei der zweiten Pat., die 26 Jahre alt ist, hatte das Leiden mit starkem Nasenbluten begonnen und erst später begann die Geschwulst in den Vordergrund zu treten. Bei der Pat. treten die Nase und die linke Gesichtshälfte stark hervor in Form einer von oben nach unten etwas länglichen Geschwulst. Dieselbe beginnt oben an der Nasenwurzel, reicht nach rechts bis zur rechten Nasengrenze und nimmt die vordere Hälfte der linken Wange ein. Nach unten ragt die Geschwulst in Form eines 7 cm langen und 5 cm breiten Rüssels vor. Das Nasenseptum ist stark nach rechts und der harte Gaumen nach unten verdrängt. Die Geschwulst ist knochenhart und ganz schmerzlos.

Diagnose: Osteoma ossis ethmoidalis wahrscheinlich mit Ausbreitung in die Nebenhöhlen.

Operirt wurde wie im ersten Fall und mit gleich gutem Erfolg.

In beiden Fällen handelte es sich um jugendliche Individuen, beide Mal begann die Krankheit mit starkem Nasenbluten und erst später trat die Geschwulst am inneren Augenwinkel auf.

Zum Schluss führt Verf. 25 ähnliche Krankengeschichten aus der Literatur an.

LUNIN.

21) **Rohrer. Beziehungen zwischen Augen- und Nasenkrankheiten. (Rapports entre les affections oculaires et nasales.)** *Annal. d'oculist. Paris. 1894. p. 205—211.*

Nicht zugänglich.

A. CARTAZ.

22) **W. Okunew** (Petersburg). **Die häufig gleichzeitig vorkommenden Erkrankungen des Ohres, der Nase, des Rachens und des Nasenrachenraumes bei Soldaten. (Tschastoha sowmestnich sabalewani uha, nosa, sewa i nosoglotschnoi polosti u soldat.)** *Woenn. med. Journ. 1894. No. 1.*

Eine statistische Untersuchung.

1. In $^{9}/_{10}$ aller Fälle von Mittelohrkatarrhen findet man eine gleichzeitige Erkrankung der Nase und des Nasenrachenraums.

2. Die häufigsten und hartnäckigsten Erkrankungen dieser Theile bestehen in submucösen und hypertrophischen Katarrhen.

3. Die beste Behandlung dieser Katarrhe besteht im Aetzen und Ausschaben.

4. Die frühzeitige Behandlung der chr. Katarrhe der Nase etc. verhindert das Zustandekommen der katarrhalischen Otitis und verleiht dem Soldaten einen besseren Habitus.

LUNIN.

23) **Raugé. Das Infundibulum und die Oeffnungen der Nebenhöhlen. (L'infundibulum et les orifices des sinus.)** *Annal. des malad. de l'oreille etc. No. 4. April 1894.*

Verf. giebt eine anatomische Beschreibung der Ostien der verschiedenen Sinus und stellt den Begriff des „Durchsickerns vom Infundibulum" (Gouttière de l'infundibulum) wieder her. Die Katheterisirung der Ostien der Nebenhöhlen per vias naturales hält er nicht nur für möglich, sondern für relativ leicht. Er bespricht die Technik dieses Eingriffes.

E. J. MOURE.

24) **M. F. Regnault. Ueber die Naht zwischen Thränen- und Siebbein. (Sur la suture lacrymo-ethmoidale.)** *Soc. de biologie. 1894. p. 397. Soc. d'anthropologie. 1894. p. 413 u. 419.*

Bei den anthropoiden Affen sind Thränenbein und das Os planum des Siebbeins, anstatt sich direkt zu verbinden, durch Stirnbein und Oberkiefer getrennt. Eine Tendenz zu ähnlicher Anordnung der betreffenden Knochen trifft man auch bei gewissen Menschenracen. Ganz dieses Verhalten konstatirte R. an der Orbita eines Australiers und eines Neohebriden.

LUC.

25) **Raoult. Empyem der vorderen Siebbeinzellen mit Nekrose der knöchernen Wand der Nasenhöhle und innerer Fistelbildung. Heilung nach Curettage. (Empyème des cellules ethmoidales antérieures accompagné de nécrose de la paroi osseuse de la fosse nasale et de fistule interne. Curettage. Guérison.)** *Revue de laryngologie. 1894.*

Es bestand eine Fistel nach innen vom inneren Augenwinkel und dem Thränenpunkt. Eine Incision im Bereich dieser Fistel führte in die Siebbeinzellen, deren äussere Wandung nekrotisirt war. Es wurde eine breite Communication mit der Nasenhöhle hergestellt, so dass der Eiter durch diese sich entleeren konnte.

E. J. MOURE.

26) **J. Dunn. Ein Fall von Mucocele der Stirn- und Siebbeinhöhle. (Case of fronto-ethmoidal mucocele.)** *Virginia Med. Monthly. November 1894.*

Vor 20 Jahren bekam der Pat. einen Schlag über die linke Stirnseite und vor 2 Jahren begann er über ein Gefühl von Völle links oben in der Nase zu klagen. Es trat damals ein kleiner Tumor im inneren Augenwinkel auf, dicht hinter dem Thränensack. Aeusserlich glich dieser einer Mucocele des Thränensacks. Durch Druck liess er sich zum Verschwinden bringen, jedoch erschien nichts von Flüssigkeit in der Nase und bei Nachlassen des Druckes war der Tumor

alsbald wieder da. Die mittlere Muschel zeigte ein normales Aussehen, war aber nach innen durch das Septum vorgedrängt. Aussen am oberen Theile des vorderen Endes der mittleren Muschel sass ein mit Schleimhaut überkleideter knöcherner Tumor. Als man mit der Sonde auf diesen Tumor drückte, pflanzte sich der Druck auf die Schwellung am inneren Augenwinkel fort und es trat eine dicke gummiartige geruchlose Masse hervor. Der Tumor am inneren Augenwinkel war verschwunden. Es wurde an der Stelle desselben incidirt und eine Sonde in die Cyste eingeführt; dieselbe drang direkt nach hinten und es ergab sich, dass die vorderen, mittleren und hinteren Siebbeinzellen zerstört waren; das Ganze war in eine grosse Höhle umgewandelt. Es handelte sich um eine Mucocele der Stirn- und Siebbeinhöhle, ausgehend vom Sinus frontalis, der vor Jahren ein Trauma erlitten hatte. Ein Theil des Os lacrymale war zerstört und der Inhalt der Mucocele hatten sich am Augenwinkel vorgedrängt. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

27) **G. Wright** (Manchester). **Bemerkungen über einige Affectionen der accessorischen Nasenhöhlen. (Remarks on some affections of the accessory nasal cavities.)** *Med. Chronicle. Juli 1894.*

In einem Fall von Stirnbeinhöhlenerkrankung wurde incidirt und ein Drainrohr bis in die Nase geführt. Nach 3 Monaten war noch keine Heilung eingetreten. Ausserdem werden noch vier gewöhnliche Fälle von Affection der Highmorshöhle beschrieben. ADOLPH BRONNER.

28) **Pignatari. Polyp und Abscess der Stirnhöhle. (Polype et abscès du sinus frontal.)** *Rev. gén. d'ophthalm. Paris. 1894. p. 199—206.*

Nicht zugänglich. A. CARTAZ.

29) **Wittkop** (Medebach). **Ein Beitrag zur Casuistik der Erkrankungen des Sinus frontalis.** Dissert. Würzburg. 1894.

Fall von chronischem Empyem der Sinus frontal. durch Eröffnung derselben mittelst eines Hautknochenlappens und Auskratzen der Sinus geheilt.

SEIFERT.

30) **Quarry Silcock. Drei Fälle von Empyem der Stirnbeinhöhle. (Three cases of empyema of the frontal sinus.)** *Clin. Journ. 26. September 1894.*

In allen Fällen war ein Abscess mit Fistelbildung in der Nähe des inneren Augenwinkels zu konstatiren. Es wurde incidirt und ausgekratzt. Blei- oder Silberdraht wurde durch die äussere Wunde durch das Infundibulum in die Nase eingeführt. Im ersten Fall erfolgte die Heilung in 3 Monaten. Im zweiten Fall trat zwei Tage nach der Operation eine Pneumonie auf. Im dritten Fall trat Heilung nach 5 Wochen ein. In den beiden ersten Fällen waren wahrscheinlich beide Sinus afficirt. ADOLPH BRONNER.

31) **F. Marsh. Affection der Stirnbeinhöhle. (Disease of frontal sinus.)** *Brit. Med. Journal. 1. December 1894.*

Der Fall wurde in der Birmingham Branch vorgestellt. Seit 10 Jahren bestand purulenter Nasenausfluss mit Frontalschmerzen. Operation. Heilung.

ADOLPH BRONNER.

32) **W. X. Sudduth. Die Highmorshöhle in ihrer Beziehung zur Stimmresonanz. (The antrum of Highmore in its relation to vocal resonance.)** *Journ. Am. Med. Assoc. 17. November 1894.*

Ohne besonderes Interesse. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

33) **A. Lesniowski. Hydrops inflammatorius antri Highmori.** *Gazeta Lekarska. No. 46. 1894.*

Genaue Beschreibung eines Tumors, welcher die ganze linke Infraorbitalgegend einnahm und sich als schmerzlose Schwellung repräsentirte. Das Leiden bestand seit $1^1/_2$ Jahren. Die Cyste wurde chirurgisch in toto exstirpirt und dann genau mikroskopisch untersucht. Die Wände der Cyste waren mit flachem Epithel, das dem normalen Epithel der Highmor's-Höhle glich, bedeckt; auf Grund dieses Befundes wurde die Cyste als entzündlichen Ursprungs anerkannt.

A. v. SOKOLOWSKI.

34) **Chancy** (Bristol). **Ueber den diagnostischen Werth der Durchleuchtung bei Empyema antri Highmori.** Dissert. Heidelberg. 1894.

Bei 10 Fällen von Empyem der Oberkieferhöhle wurde in der Jurasz'schen Klinik die Durchleuchtung vorgenommen. Die hierbei gewonnenen Resultate führen Ch. zu dem Schluss, dass die Durchleuchtung der Highmorshöhlen für die Diagnose eines Empyems eine absolute Sicherheit nicht bietet, dass dieselbe unter Umständen nur als ein diagnostisches Hülfsmittel angesehen werden könne, welches aber in zweifelhaften Fällen keineswegs eine definitive Entscheidung herbeizuführen im Stande sei. SEIFERT.

35) **Burger. Zur Diagnose der Eiterung der Kieferhöhle. (Du diagnostic de la suppuration du sinus maxillaire.)** *Revue de laryngologie etc. No. 1. 1. Januar 1894.*

Verf. macht auf den diagnostischen Werth einer einseitigen Rhinitis und der Durchleuchtung des Gesichts aufmerksam. Er berichtet über mehrere Beobachtungen. E. J. MOURE.

36) **W. Posthumus Meyes** (Amsterdam). **Die Behandlung des Kieferhöhlenempyems. (De behandeling van het empyeem van de bovenkaah.)** *Tijdschr. v. Tandheelkunde. I. Heft 3. August 1894.*

M. empfiehlt für die Nachbehandlung der alveolären Anbohrung goldene Dauerröhrchen, welche an einem Nachbarzahn befestigt werden und mit einer federnden Klappe versehen sind. H. BURGER.

37) **Carl Schäfer** (Amsterdam). **Ein Fall von Antrum-Empyem. (Een geval van antrum-empyeem.)** *Tijdschr. v. Tandheelkunde. I. Heft 3. Sept. 1894.*

Eröffnung in der Fossa canina mit der Bohrmaschine und Application eines Goldröhrchens. H. BURGER.

38) **H. M. King. Eitrige Erkrankung der accessorischen Nasenhöhlen. (Suppurative disease of the accessory sinuses of the nose.)** *N. Y. Med. Journal. 21. Juli 1894.*

Verf. hält die eitrige Erkrankung der Highmorshöhle für ein sehr viel

häufigeres Vorkommniss als die Eiterungen aller anderen Nebenhöhlen der Nase zusammengenommen. Für die häufigste Ursache des Highmorshöhlenempyem sieht er die Krankheiten der Zähne und ihrer benachbarten Gewebe an. Mit intranasaler Erkrankung ist in der Mehrzahl der Fälle auch ein ähnlicher Zustand in einer der accessorischen Höhlen verbunden.

Für die Diagnose ist die Voltolini'sche Durchleuchtungsmethode nicht ausschlaggebend. Wo ein mehr oder weniger profuser, chronischer eitriger Ausfluss aus der Nase besteht, besonders wenn derselbe einseitig ist und Syphilis, Fremdkörper, Neoplasma, sowie einfache eitrige Rhinitis auszuschliessen ist, da liegt eine ausreichende Indication für den einzigen Schritt vor, der die Diagnose absolut sichern kann, nämlich die Entnahme von Pus aus der verdächtigen Höhle mittelst eines kleinen Aspirators. Ist die Stirnhöhle betroffen, so ist es besser mit einem Bohrer in dieselbe einzudringen. Was die Prognose anlangt, so kommt eine spontane Resolution in diesen Fällen niemals vor, wenn die Ursache der Erkrankung innerhalb der Nasenhöhle gelegen ist oder mit den Zähnen zusammenhängt. Verf. giebt am Schluss drei Krankengeschichten.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

39) **Capdepont. Das Empyem der Kieferhöhle. (De l'empyème du sinus maxillaire.)** *Thèse de Paris. 1894.*

Eine gründliche Studie über das Highmorshöhlenempyem. Verf. hält den Ursprung von den Zähnen aus für häufiger als den nasalen. Er empfiehlt die Probepunction von der Fossa canina, zur Eröffnung aber mehr die Alveolarhöhle. Die Dauercanüle will er erst 8 Tage nach der Perforation und der ersten Ausspülung eingelegt wissen.

A. CARTAZ.

40) **H. van Anrooy** (Rotterdam). **Empyem der Nebenhöhlen der Nase. (Empyema in de nevenholten van den neus.)** *Geneesk. Courant. 30. September 1894. No. 39.*

Zwei Fälle von combinirten Nebenhöhlenempyemen. Der erstere betrifft ein 23jähr. Fräulein, welches Frühling 1892 über Nasenverstopfung, Kopfschmerzen, Schwindel und Naseneiterung klagte, und bei dem dann Polypen entfernt worden sind. Obgleich die subjectiven Symptome vollständig nachliessen, hörte die Eiterung nicht gänzlich auf. Im Winter 93 zeigten sich dieselben Erscheinungen wieder, zugleich mit einem furchtbaren auch subjectiv wahrnehmbaren Foetor e naso. Im Februar 94 fand v. A. in beiden Nasenhälften Polypen und schmutzig grünen Eiter. Bei der Sondirung floss jedesmal zwischen den Polypen Eiter ab. Nach Entfernung der Polypen zeigte es sich, dass der Eiter auf beiden Seiten zwischen Septum und mittlerer Muschel zum Vorschein kam. Bei Sondenbetastung der medianen Flächen dieser Muscheln constatirte man rauhe Stellen, und es floss dabei Eiter längs der Sonde ab. Ausserdem entleerte sich Eiter in den unteren Nasengang durch eine feine Fistel in der lateralen Nasenwand. Die Diagnose lautete: Eiterung in den unteren Siebbeinzellen und in der linken Kieferhöhle. Auskratzung u. s. w. der erkrankten Partien im Siebbein, Anbohrung der linken Kieferhöhle im unteren Nasengang mit nachfolgenden Durchspülungen und Einpulverungen. Im Juli war die Nase vollständig geheilt, auch hatte die Patientin

keine Klagen mehr. Im August konnte sich v. A. von dem dauernden Erfolg der Behandlung überzeugen.

Die zweite Patientin, eine Frau von 40 Jahren, litt seit $^1/_2$ Jahr an rechtsseitiger Naseneiterung, Verstopfung, Kopfschmerzen, auch an einer bestimmten Stelle hinter dem rechten Auge, und ekelhaftem Geschmack. v. A. constatirte, nachdem mehrere Polypen, welche von der mittleren Muschel ausgingen, und das vordere Ende dieser Muschel abgetragen worden waren, dass der Eiter sich zwischen Septum und der mittleren Muschel ergoss. Der medianen Fläche dieser Muschel entlang gerieth die Sonde in eine rauhwandige Höhle, wobei die Patientin dieselben Schmerzen empfand, über welche sie sonst klagte. Mit dem Löffel und der Knochenzange wurde im Labyrinth Raum geschafft und eine grosse Menge stinkenden Eiters entleert. Die Eiterung sistirte erst, nachdem auch eine Eiterung in der linken Keilbeinhöhle entdeckt und behandelt worden war. Die Secretion liess allmählich nach. Unter fortgesetzten Nasendurchspülungen trat in 5 Monaten eine vollständige objective und subjective Heilung ein.

Diese Fälle sind, entgegen den Behauptungen einiger Autoren, neue Belege dafür, dass die Nebenhöhleneiterungen, namentlich diejenigen des Siebbeines, zu Caries und Polypenbildung führen können, eine Erfahrung, welche auch Ref. bestätigen muss.

H. BURGER.

41) **H. L. Wagner. Der Werth der Antroscopie [Endoscopie der Highmorshöhle]. (Value of antroscopy [Endoscopy of the antrum of Highmore].)** *Journ. Am. Med. Assoc. 29. September 1894.*

Die Gelegenheiten, bei denen der Verf. von dem Antroscop in seiner Praxis Nutzen zog, sind folgende: 1. Es liess sich feststellen, dass sich ein Drainrohr, das angeblich entfernt war, in der Höhle befand. 2. Es localisirte einen Polypen nahe dem Hiatus semilunaris; derselbe hatte einen sero-purulenten Ausfluss unterhalten. 3. W. constatirte in einem Falle die Retention von Eiter durch eine Reihe knöcherner Septa. 4. Es sicherte die Differentialdiagnose eines Angioms in einem Falle, in dem eine plötzliche schwere Blutung aus der Highmorshöhle auftrat. 5. Es erleichterte die gründliche Auskratzung des nekrotischen Knochengewebes mittelst einer gebogenen Curette; W. führte erst die Curette und dann das Antroskop ein.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

42) **H. V. Würdemann. Bericht über einen Fall von eitriger Erkrankung der Kieferhöhle, complicirt mit Abscess des oberen Augenlides und Septicaemie. (Report of a case of suppurative disease in the maxillary antrum complicated with abscess of the lower eyelid and attended with septicaemia.)** *Annals of Ophthalm. and Otology. Juli 1894.*

Patientin war ein 7 jähriges Mädchen. Nach der Operation kam sie unter Zurückbleiben einer geringen Deformität zur Heilung.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

43) **J. Sendziak. Ueber die Diagnose der latenten Nasensinus-Empyeme. (Rozpoznawanie skrytych postaci empyematów zatok bocznych nosa.)** *Gazeta Lekarska. No. 15. 1894.*

Verf. bespricht auf Grund von 54 von ihm beobachteten Fällen die specielle

Diagnostik der verschiedenen Sinus-Erkrankungen. Bei Empyem des Antrum Highmori soll die Probepunction nach Verf. das beste diagnostische Mittel darstellen.

A. v. SOKOLOWSKI.

44) **R. C. Myles. Latentes Empyem der Highmorshöhle; Verbiegung der Nasenscheidewand; Tonsillotomie. (Latent empyema of the antrum of Highmore — Deflected septum — Tonsillotomy.)** *International Journal of Surgery. Juli 1894.*

Eine klinische Vorlesung. Nichts Bemerkenswerthes.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

45) **Gradenigo. Ueber latentes Empyem der Highmorshöhle. (Sull'empiema latente del reno mascellare.)** *Gazz. degli Ospedali. 19. April 1894. Annales d. mal. de l'oreille. 1894. No. 5.*

G. hat die Highmorshöhle von 100 Leichen untersucht, und in 26 Fällen eine schleimig-eitrige Ansammlung in der Höhle gefunden, und zwar: 10 mal beiderseitig, 8 mal links, 8 mal rechts. Aus seinen Untersuchungen zieht G. folgende Schlüsse:

1. Schleimig-eitrige Ansammlungen in den Highmorshöhlen kommen häufig vor; bei seiner ersten Untersuchungsreihe hat er dieselben in 17 pCt. der Fälle; bei der zweiten in 26 pCt. gefunden.
2. Das Fehlen von Knochenerkrankungen und das häufige Vorkommen der Ansammlungen beiderseits sprechen dafür, dass letztere eine von den wahren Empyemen verschiedene Krankheitsgruppe bilden.
3. Aller Wahrscheinlichkeit nach sind solche Ansammlungen nicht dentalen, sondern nasalen Ursprungs.
4. Cysten der Antrumschleimhaut mit serösem oder eitrigem Inhalt wurden in 20 pCt. der Fälle gefunden.

TOTI.

46) **Garel. Diagnose und Behandlung der Eiterungen der Kieferhöhle. (Diagnostic et traitement des suppurations du sinus maxillaire.)** *Annales des malad. de l'oreille etc. No. 5. Mai 1894.*

Verf. stellt die hauptsächlichen Zeichen zusammen, die eine Diagnose auf das Bestehen eines Kieferhöhlenempyems gestatten, und er betont dabei besonders die elektrische Durchleuchtung. Danach bespricht er die Technik der Catheterisirung des Sinus. Als Behandlung empfiehlt er die Auswaschung der Höhle durch ihr natürliches Ostium, wo dies irgend möglich sei — was nach ihm oft der Fall ist. Ist sie nicht möglich, so soll man die Punction vom unteren Nasengang aus machen; die Perforation von der Alveole aus bleibt für die Fälle mit Zahncaries reservirt. In sehr hartnäckigen Fällen eröffnet Verf. von der Fossa canina her und curettirt.

E. J. MOURE.

47) **Ferreri** (Rom). **Chirurgische Behandlung des Empyema antri Highmori.** *Arch. it. d'Otologia. 1894. No. 4.*

F. ist ein Anhänger der Operation von der Fossa canina aus. Bei acuten

Fällen genügen die Einspritzungen durch die normale Oeffnung im mittleren Nasengange. TOTI.

48) **Raugé. Die Chirurgie der Kieferhöhle und ihre Fortschritte seit 10 Jahren. (Sur la chirurgie du sinus maxillaire et ses progrès depuis dix ans.)** Congress für Chirurgie in Lyon. October 1894.

Eine Uebersicht über die Entwicklung und den Stand der Kieferhöhlenchirurgie. LUC.

49) **Baumgarten. Eröffnung der Nebenhöhlen der Nase. (Mütétur orr mellékürqecnek meybeteyedése miatt.)** Kranken-Vorstellung in der Gesellschaft der Aerzte in Budapest am 10. Februar 1894.

B. eröffnete bei einer Frau, die seit Jahren an grossen Schmerzen im Kopfe und in den Augäpfeln litt, erst die Keilbeinhöhle und die Siebbeinhöhle der rechten Seite, später dieselben Höhlen der anderen Seite und erzielte nach fast 3 jähriger Behandlung Heilung. v. NAVRATIL.

50) **W. H. Daly. Für die Frühoperation bei Erkrankungen der Highmorshöhle. (A plea for early operation in diseases of the antrum of Highmore.)** *N. Y. Med. Journal. 10. November 1894.*

Vortrag, gehalten auf dem 16. Jahrescongress der American Laryngological Association; Referat im Verhandlungsbericht. LEFFERTS.

51) **Gouguenheim. Ein neuer Perforator für die Alveolarwand der Kieferhöhle. (Un nouveau perforateur du bord alvéolaire du sinus maxillaire.)** *Annal. d. mal. de l'oreille etc. December 1894. No. 12.*

Beschreibung des Instrumentes, das alles in allem nur eine Modification des Bohrers der Zahnärzte ist, jedoch so eingerichtet, dass es mittelst der Hand in Bewegung gesetzt wird. E. J. MOURE.

52) **Ziem. Bemerkungen über die Fremdkörper der Kieferhöhle. (Note sur les corps etrangers du sinus maxillaire.)** *Annales des maladies de l'oreille etc. No. 9. September 1894.*

Z. berichtet über 2 Fälle von Fremdkörpern in der Highmorshöhle, dieselben wurden leicht mittelst eines gebogenen in die Höhle eingeführten Drahtes extrahirt. Die Toleranz des Sinus für diese Fremdkörper ist thatsächlich eine grosse, so lange die Höhle nicht vorher schon erkrankt oder ihre Intoleranz eine ungewöhnliche ist.

E. J. MOURE.

53) **Hicguet. Vorstellen von Cysten- und Empyemerkrankungen des Sin. maxill. (H. présente plusieurs malades atteints de kyste ou d'empyème de la cavité maxillaire.)** *La Policlinique. No. 1. 1894.*

In der Sitzung der zweimonatlichen Versammlung der Poliklinik vom 8. Dec. 1893 stellt H. mehrere Kranke vor mit Cysten und Empyem der Highmorshöhle mit Erklärungen entsprechend dem heutigen Standpunkt in der Frage.

BAYER.

54) **A. W. de Roaldes. Ein Fall von zusammengesetztem folliculärem Odontom mit Betheiligung der rechten Highmorshöhle und Verstopfung der entsprechenden Nasenseite. — Mit Demonstration eines Apparates zur Beibringung von Narcoticis besonders bei Operationen in Mund, Nase und Hals. (A case of compound follicular odontoma invading the right antrum of Highmore and obstructing the corresponding nasal fossa. With an apparatus for administering anaesthetics, especially adapted to operations in the mouth, nose and throat.)** *N. Y. Med. Journal. 17. November 1894.*

Vortrag, gehalten auf dem 16. Jahrescongress der American Laryngological Association. Referat folgt im Verhandlungsbericht. LEFFERTS.

55) **Robert Myles. Sarcom der Highmorshöhle. (Sarcoma of the antrum of Highmore.)** *N. Y. Med. Record. 8. September 1894.*

Der Patient war ein Mann von 30 Jahren; ein mit der Curette aus dem Antrum entfernter Theil der Wucherung wurde mikroskopisch untersucht und dabei die Diagnose eines Rundzellensarkoms gestellt. Die Geschwulst wuchs rapide. Es wurde nun die ganze Neubildung mit dem gesammten Oberkiefer entfernt; der Pat. ist wohl und bisher recidivfrei. LEFFERTS.

56) **Reinhard** (Duisburg a. Rh.). **Ein Fall von primärem Epithelialcarcinom der Oberkieferhöhle.** *Arch. f. Laryngol. u. Rhinol. Bd. II. H. 2. 1894.*

Es bestanden bei dem 65 jährigen Pat. die Symptome eines Kieferhöhlenempyems. Beim Sondiren von der Alveole aus nirgends das Gefühl des Hohlraums, sondern überall weicher aber solider Widerstand. Resection des Oberkiefers. Pat. nach 5 Wochen entlassen, bis dahin recidivfrei.

F. KLEMPERER.

57) **John Dunn. Ein Fall von Carcinom der Highmorshöhle; Nasenpolypen. (A case of carcinoma of the antrum of Highmore. Nasal polypi.)** *N. Y. Med. Journal. 29. September 1894.*

Die zwei Fälle, über die D. berichtet, beleuchten die ernsthafte Seite, die den Nasenpolypen zukommt; sie zeigen, dass den Polypen bisweilen Carcinome folgen, oder dass jene gar in diese degeneriren, auf alle Fälle, dass eine ursächliche Beziehung zwischen beiden besteht. LEFFERTS.

58) **Kendal Franks. Adenoide Vegetationen des Nasenrachens. (Adenoid vegetations in the nasopharynx.)** *Lancet. 27. December 1894.*

Vortrag, gehalten in der Royal Academy of Medicine in Ireland. Verf. operirt unter Chloroform mit dem Gottstein'schen Messer.

ADOLPH BRONNER.

59) **Grönbech. Ueber das Verhältniss zwischen Enuresis nocturna und adenoiden Vegetationen im Nasenrachenraum. (Om Forholdet mellem Enuresis nocturna og adenoide Vegetationer i Näse Svälgrummet.)** *Bibl. f. Laeger. R. 7. Bd. 5. S. 564. Arch. f. Laryngol. u. Rhinol. Bd. II. H. 2. 1894.*

Verf. fand unter 192 Individien, die adenoide Vegetationen hatten, 26, welche an Enuresis nocturna litten (= 13 pCt.) und in den meisten Fällen fand

er einen bestimmten causalen Zusammenhang der beiden Leiden, derart, dass die Enuresis verschwand, nachdem die adenoiden Vegetationen entfernt waren. Er schliesst seine Arbeit, indem er die Aerzte dazu auffordert, bei Fällen von Enuresis nocturna ihre Aufmerksamkeit auf die Beschaffenheit der nasalen Respiration und besonders auf die Gegenwart von adenoiden Vegetationen zu richten, denn es sind diese, welche am häufigsten das Hinderniss für die freie Respiration durch die Nase abgeben. SCHMIEGELOW.

60) **S. Moritz. Wahl des Anaestheticums bei Entfernung von adenoiden Vegetationen des Nasenrachenraumes. (Choice of an anaesthetic for removal of nasopharyngeal adenoids.)** *Med. Chron. 1894. p. 352.*

Kurze Besprechung der verschiedenen Narkotika; Verf. pinselt die Stellen mit Antipyrin 2, Cocain 1, Wasser ad 10,0 oder mit 10 proc. Cocainlösung ein. Bei tuberculöser Laryngitis soll die Pinselung mit Antipyrinlösungen von grossem Nutzen sein. ADOLPH BRONNER.

61) **Régis. Adenoide Vegetationen und Degeneration. (Végétations adénoides et dégénerescence.)** *Journ. de médecine de Bordeaux. No. 32. 12. August 1894.*

Nachdem Verf. mehrmals das Nebeneinanderbestehen von adenoiden Vegetationen und gewissen Zeichen von Degeneration bei Kindern beobachtet hat, will er die Adenoidwucherungen selbst als ein Stigma für die Degeneration angesehen wissen. Er berichtet über einen Fall dieser Art. E. J. MOURE.

62) **Lermoyez. Tuberculöse Adenoidwucherungen im Nasenrachenraum. (Des végétations adenoides tuberculeuses du pharynx nasal.)** *Annales des malad. de l'oreille etc. No. 10. October 1894.*

Die Einheit der Natur aller adenoiden Wucherungen beginnt zu wanken; man nimmt bereits verschiedene Formen von Vegetationen an. Der Verf. berichtet über mehrere Fälle, in denen die tuberkulöse Natur dieser Tumoren klar zu Tage trat; er giebt Verhaltungsmassregeln für solche Fälle, in denen man auf die bacilläre Natur der Vegetationen Verdacht haben kann. E. J. MOURE.

c. Mundrachenhöhle.

63) **J. Bergonie. Lymphangiom der Backe. (Lymphangiome de la joue.)** *Arch. d'Electricité méd. Bordeaux. 1894. p. 304.*

Die Geschwulst wurde electrolytisch behandelt. E. J. MOURE.

64) **Eudlitz. Multiple syphilitische Schanker der Lippe und Zunge. (Chancres syphilitiques multiples de la lèvre et de la langue.)** *Soc. française de dermatologie. 14. Februar 1895.*

Der Fall betrifft eine 21jährige Fau; interessant ist das gleichzeitige Bestehen von 4 Schankern, 3 an der Unterlippe und 1 an der linken Seite der Zunge nahe der Spitze. A. CARTAZ.

65) **Bayet** (Service du Prof. De Smet). **Recidivirender Lippenpemphigus. (Un cas de pemphigus récidivant des lèvres.)** *La Clinique. No. 6. 1894.*

Es handelt sich um eine wohl localisirte Blasenbildung hysterischen Ursprungs und zwar am Lippenrande an der Uebergangsstelle der Haut in die Schleimhaut, wo zuerst kleine Bläschen auftreten, die dann confluiren und eine 3 - 4 cm lange, 2 cm breite und 2—3mm dicke Kruste formiren, nach deren Entfernung der gleiche Process mit Hartnäckigkeit sich wiederholt. BAYER.

66) **W. N. Massin. Ein Fall von angeborenem Epitheliom, entstanden aus dem Schmelzorgan.** *Virchow's Archiv. Bd. 136. p. 328. 1894.*

Das Kind brachte 2 Tumoren von Bohnen- und Kirschengrösse mit auf die Welt, die breitbasig am freien Rande des Zahnfleisches des Oberkiefers aufsitzend, den Schluss des Mundes hinderten. Operation am 4. Tage: Ligatur und Abschneiden mit der Scheere. Heilung ohne Recidiv. Histologisch wurden die Tumoren als gutartige Epithelialgeschwülste erkannt, die aus dem Zahnkeim sich entwickelt hatten. F. KLEMPERER.

67) **A. A. G. Guye. Ueber die Bildung von Zahnstein an den Schneidezähnen in Folge von habitueller Mundathmung. (Over het aanzetten van tandsteen aan de snijtanden, ten gevolge van habitueele mond-ademhaling.)** *Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. 1895. I. No. 16.*

G. betrachtet die Bildung von Zahnstein an der äusseren Fläche der unteren Schneidezähne als ein Symptom, er möchte sagen als ein Stigma der Mundathmung. H. BURGER.

68) **Unna** (Hamburg). **Zur Mundpflege, insbesondere bei Quecksilbercuren.** *Zeitschr. f. Krankenpflege. 1894. Juli.*

Soll das Kali chloricum antiseptisch wirken, so muss es in starker Concentration gegeben werden. U. verwendet 50proc. Lösungen oder giebt es rein als Zahnpulver; es übt dabei gleichzeitig einen tonisirenden und secretionsbefördernden Einfluss aus; es beseitigt schnell und gründlich den gewöhnlichen Foetor oris, der auf bakteriellen Zersetzungen von Speiseresten und Secret im hinteren Theil des Mundes, auf den Tonsillen und im Rachen beruht. Dabei greift es als neutrales Salz die Zahnsubstanz nicht an. Am besten verordnet man es als Pasta; Kali chloricum und eine gute Zahnpastengrundlage (aus kohlensaurem Kalk, Rhizoma Iridis, Seife und Glycerin) werden zu gleichen Theilen gemischt. Eine Vergiftung ist nicht zu fürchten. A. ROSENBERG.

69) **K. Spielvogel** (Landsberg a. M.). **Prophylactica gegen Zahn- und Mundkrankheiten. (Prophylaktika tegen tand- en mondziekten.)** *Ned. Tandheelk. Maandblad. I. Lief. VI.*

Nichts Bemerkenswerthes. H. BURGER.

70) **F. Widal** (Paris). **Vorkommen von Streptokokken im Munde des Gesunden. (Présence des streptocoques dans la bouche normale.)** *Soc. méd. des hôpitaux. 1. Juni 1894.*

Verf. hält das Vorhandensein von Streptokokken im Munde nach seinen Untersuchungen für ein regelmässiges. LUC.

71) **E. L. Clifford** **Infection vom Munde aus. (Infection from the mouth.)** *Journ. Am. Med. Assoc. 13. Januar 1894.*

Cl. bespricht den Einfluss, den die Mikroorganismen der Mundhöhle auf den allgemeinen Gesundheitszustand ausüben können. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

72) **Kunze** (Berlin). **Ueber Desinfection der Mundhöhle.** Dissert. Würzburg. 1894.

Die an der eigenen Mundhöhle des Verf.'s angestellten Untersuchungen ergeben, dass Desinfectionsmittel (Benzoë-Salicyl-Borsäure, Salol, Kal. hypermang., Kal. chlor.) in der gebräuchlichen Verdünnung, in welcher sie in der Mundhöhle angewendet werden können, sich auf chemischem Wege durchschnittlich 20 Min. in der Mundhöhle nachweisen lassen. Ferner lässt sich durch mechanische Reinigung (mit Watte, Bürsten) die Pilzzahl im Munde vermindern. Durch Kauen von Brod, Obst, Fleisch wird die Pilzzahl in der Mundhöhle um die Hälfte vermindert. Auch durch die genannten Desinficientien wird die Pilzzahl um $^1/_4$ bis $^1/_2$ herabgesetzt. Von den angewendeten Desinficientien scheint am besten zu sein: Borsäure und Salol. SEIFERT.

73) **H. Boennecken** (Bonn). **Ueber Stomatitis und deren Behandlung. (Over stomatitis en hare geneeskundige behandeling.)** *Ned. Tandheelk. Maandblad. I. Lief. V u. VI.*

Als Mundwasser empfiehlt B. eine 2proc. Lösung von Wasserstoffsuperoxyd. H. BURGER.

74) **T. Harris.** **Ein Fall von Xerostomie. (Case of xerostomia.)** *British Med. Journal. 1. December 1894.*

Die Patientin, eine Frau von 30 Jahren, wurde in der klinischen Gesellschaft von Manchester vorgestellt. Die Krankheit bestand seit 3 Jahren. Der Mund war vollkommen trocken; die Speicheldrüsen vergrössert. ADOLPH BRONNER.

75) **H. Neumayer** (München). **Ein Fall von Mund-, Kieferhöhlen- und Nasentuberculose.** *Arch. f. Laryng. u. Rhinol. Bd. II. Heft 2. 1894.*

Der Pat. litt an Lungentuberkulose. Die lokale Tuberkulose der Mund- und Nasenschleimhaut scheint an eine Zahnextraction sich angeschlossen zu haben; der tuberculöse Process hat sich wahrscheinlich von der Alveole auf die Mundschleimhaut einerseits und andererseits in die Kieferhöhle und durch diese in die Nase ausgebreitet. P. KLEMPERER.

76) **Frèche.** **Lichen planus des Mundes. (Lichen plan de la bouche.)** *Journ. de méd. de Bordeaux. 1894. p. 337.*

Krankengeschichte eines Falles. E. J. MOURE.

77) **H. Toussaint.** **Praetabetische Leucoplakie etc. (Leucoplasie prétabetique.)** *Rev. gén. de clinique et de therap. Paris. 1894. p. 159.*

Nicht zugänglich. A. CARTAZ.

78) **Gradenigo. Papillom bei Leucoplacia oris. (Papilloma da leukoplachia oris.)** *Arch. it. d'Otol. 1894. No. 3.*

Gesunder, 63jähriger Mann, ohne Lues. Sehr ausgedehnte Leukoplakie. An einigen Stellen hatten sich die weissen Flecke in echte Geschwülste verwandelt. Die grösste Geschwulst sass auf der Schleimhaut der linken Wange, war 5 cm lang, 1—2 cm hoch, breitbasig inserirt. Makroskopisch und mikroskopisch bot die Geschwulst die Charaktere eines gewöhnlichen Papilloms dar. **TOTI.**

79) **v. Lenhossék** (Würzburg). **Die Geschmacksknospen in den blattförmigen Papillen der Kaninchenzunge.** *Verhandl. d. phys. med. Gesellsch. z. Würzburg. XXVII. 5. 1894.*

Die Ansichten von L.'s über die Nervenendigungen in den Geschmacksknospen (s. das Centralbl. X. p. 560) sind inzwischen von Retzius und Arnstein bestätigt worden. Seine weiteren Untersuchungen an den Geschmacksknospen selbst haben ihn an Saffraninpräparaten in fast jeder Knospe, auf ihrer Oberfläche liegend, stark anilinroth gefärbte, stabförmige schmale Kerne auffinden lassen. Ihre Zahl übersteigt meist 5 in einer Knospe. An diese Kerne schliesst sich nach oben und unten hin ein fadenförmiger, stark lichtbrechender Zellkörper an. v. L. ist geneigt, diese Zellen für umgewandelte, vielleicht verhornte Deckzellen zu halten. **SEIFERT.**

80) **Chervin. Soll man das Zungenbändchen lösen? (Faut-il couper le frein de la langue?)** Paris. 1894. 16 p.

Nichts Neues. **A. CARTAZ.**

81) **J. B. Ross** (Melbourne, Victoria). **Bemerkungen über die sublinguale Ranula, ihre Aetiologie und Histologie. (Notes on sublingual ranula: its etiology and histology.)** *Intercolonial Quarterly Journal of Medicine and Surgery. Februar 1895.*

R. ist der Ansicht, dass die acuten Formen von Ranula ihren Ursprung wahrscheinlich in der Fleischmann'schen Bursa, die chronischen dagegen in den Bochdalek'schen Gängen oder den Blandin-Nuhn'schen Drüsen nehmen. Er hat an den exstirpirten Theilen sorgfältige mikroskopische Untersuchungen angestellt, deren Resultat für den Ursprung seines Falles in der Blandin-Nuhnschen Drüse spricht. **A. J. BRADY.**

82) **Brasseur. Sublinguale Phlegmone und Abscess. (Phlegmon et abcès sublingual.)** *Gazette des hôpitaux de Toulouse. 13. October 1894.*

Ein 20jähriger junger Mann erkrankte am 9. Juni 1893 mit einem heftigen Schmerz unter der Zungenspitze. Am nächsten Morgen kann er die Zunge in keiner Weise mehr bewegen und die Schmerzen sind unerträglich heftig. Am 15. lässt sich Pat. in das Hospital aufnehmen; man diagnosticirt eine phlegmonöse Entzündung des Zellgewebes um die Sublingualdrüsen herum. Es wird tief incidirt und ein rahmiger, hervorragend übelriechender Eiter entleert. Nachdem ein Drainrohr eingelegt und eine antiseptische Ausspülung vorgenommen, wird ein Jodoformverband angelegt. Die Temperatur betrug an diesem Abend 38,6.

Am nächsten Morgen aber war bereits eine Besserung zu erkennen, die an den nächsten Tagen zunahm. Nach 14 Tagen verliess Pat. das Krankenhaus als geheilt.
E. J. MOURE.

83) **Matignon. Die sublinguale Phlegmone. (Du phlegmon sublingual.)** *Arch de méd. et pharm. militair. Paris. 1894. p. 273.*

Dem Ref. nicht zugänglich.
A. CARTAZ.

84) **Gaston. Exfoliative Zungenrandentzündung. (Glossite exfoliative marginée.)** *Bullet. Soc. franç. de dermatologie. p. 17. 1894.*

Nichts Besonderes.
A. CARTAZ.

85) **L. Raynaud** (Algier). **Die Grippe-Zunge. (De la langue grippale.)** *Société méd. des hôpitaux. 2. Februar 1894.*

Bei 40 Fällen von Grippe, die er beobachtete, konnte Verf. den von Faisans beschriebenen Zustand der Zunge constatiren; dieselbe hatte eine bläulich-weisse Farbe, ähnlich dem Porzellan; dabei war sie feucht, ausser in den Fällen, in denen phlegmonöse Complicationen bestanden.
LUC.

86) **B. W. Richardson. Weisse Zunge nach Wasserstoffsuperoxyd. (Bleaching of the tongue from hydrogen dioxid.)** *Philad. Med. News. 6. April 1895.*

R. macht auf eine milchig-weisse Färbung der Zunge im Verlauf von Behandlung mit Wasserstoffsuperoxyd aufmerksam. Am ausgesprochensten war die Erscheinung in einigen Fällen von Typhus, die mehrere Tage lang eine verdünnte H_2O_2-Lösung erhalten hatten, und sie galt als gutes Zeichen für die Wirksamkeit des Medicamentes. Die Färbung verschwindet 6—7 Tage nach Aussetzen des Mittels, die Zunge ist dann feucht und rein.
LEFFERTS.

87) **Scarenzio. Drei Fälle von Zungensyphilis durch Injectionen von Calomel geheilt. (Tre casi di glossite sifilitica guariti colle iniezioni di calomelano.)** *Rendiconti del R. Istituto Lomb. di Scienza e Lettere. Vol. 27, Vasc. 18.*

Der Titel sagt Alles.
TOTI.

88) **Dubois-Havenith. Zungenleukokeratose. (Leucokeratose linguale.)** *Journ. de Méd., de Chir. et de Pharmacol. No. 3. 1894.*

Vorstellung von zwei Kranken mit Leukoplakie der Zunge, von denen die eine nicht syphilitischer Natur ist, während die zweite syphilitischen Ursprungs ist, aber trotz energischer antisyphilitischer Behandlung nicht zum Verschwinden gebracht werden kann.
BAYER.

89) **J. Krawtschenko** (Charkow). **Macroglossie. (O macroglossii.)** *Chirurg. ljetop. 1894. 5.*

Beschreibung zweier Fälle. Bei einem 17 Jahre alten Mädchen, bald nach der Geburt entstanden, und bei einem 4 Jahre alten Mädchen, angeboren, Beide Fälle operativ behandelt, keilförmige Excision. Heilung. Im ersten lag eine Hypertrophie des Muskelgewebes vor; im zweiten ein Lymphangiom.
LUNIN.

90) **H. Botescu** (Bukarest). **Macroglossie — Hypertrophie mit Unterbrechung. (Macrogiosie — Ipertrofie cu intermitenta.)** *Spitalul. 1894. No. 3.*

In dem von Prof. Romniceanu geleiteten Kinderkrankenhause wurde bei einem 8 jährigen Knaben eine Zungenvergrösserung beobachtet, bei welcher das Organ durch Einschnürung von Seiten der Lippen die Gestalt einer 8 angenommen hatte. Die eingeschnürte Stelle hatte 15 cm Umfang, während der heraushängende Theil in seinem grössten Umfange 25 cm maass. Innerhalb 3 Tage verkleinerte sich die Zunge wieder fast zur Norm, so dass die Lippen geschlossen werden konnten; nach zwei Tagen fing sie aber wieder zu wachsen an, bis zu ihrem vorigen Umfang, um darauf endgültig zur Norm zurückzukehren. Die Diagnose war Glossitis parenchymatosa; die Intermittenz blieb aber unerklärt.

SENTINON.

91) **G. Lewin** u. **J. Heller. Die glatte Atrophie der Zungenwurzel und ihr Verhältniss zur Syphilis.** *Virchow's Archiv. Bd. 138. 1894.*

Die glatte Atrophie der Zungenwurzel wird besser mit dem palpirenden Finger als mit dem Kehlkopfspiegel erkannt. Die Verff. berichten ausführlich über statistische Untersuchungen an 6583 Sectionsprotocollen des Berliner pathologischen Instituts, ferner über die histologische Untersuchung von normalen und atrophischen Zungenwurzeln und schliesslich über das Resultat der klinischen Untersuchung eines zahlreichen Krankenmaterials. Sie kommen im Gegensatz zu Seifert zu dem Resultat, dass die Constatirung der glatten Atrophie eine hohe practische Bedeutung für die Diagnose der Syphilis besitzt. F. KLEMPERER.

92) **Geronzi. Ueber einen Fall von Zungenhemiatrophie. (Su di un caso di emiatrofia linguale.)** *Arch. it. d'Otologia. 1894. No. 4.*

Ein sehr genau beobachteter und beschriebener Fall. Die sehr interessanten aber vorzugsweise neurologisches Interesse darbietenden Ausführungen des Verf.'s eignen sich nicht, in Kürze wiedergegeben zu werden. Wir verweisen auf das Original.

TOTI.

93) **Ascoli** (Rom). **Ueber Zungenhemiatrophie. (Sull'emiatrofia della lingua.)** *Policlinico. No. 1, 2, 4 u. 8.*

A. hat drei Fälle dieser Krankheit beobachtet und beschreibt dieselben. Es folgt eine systematische Behandlung des Gegenstandes; Aetiologie, Pathologie, Symptomatologie, Prognose und Behandlung werden der Reihe nach erörtert.

TOTI.

94) **Lagoutte. Atrophischer Scirrhus der Zunge. (Squirrhe atrophique de la langue.)** *Gaz. des hôpitaux. Paris. 29. Mai 1894.*

Pat. war 61 Jahre alt, nicht syphilitisch. Seit 7 Jahren hatte er auf der Zunge weisse, schmerzhafte Flecken, die starkem Tabakgebrauch zugeschrieben wurden. Seit 8 Monaten ist die Schleimhaut oberflächlich ulcerirt; die Zunge ist etwas zurückgezogen und am Mundboden fixirt. Sie sieht jetzt atrophisch aus, ist unbeweglich und fühlt sich holzig hart an. Die Schmerzen sind gering, doch ist das Schlucken und Sprechen durch das Fehlen der Zungenbewegungen gestört.

Die Submaxillardrüsen sind geschwollen, die Abmagerung ist eine erhebliche. L. stellt die Diagnose auf atrophischen Krebs der Zunge. A. CARTAZ.

95) **Variot** (Paris). **Epitheliom der Zunge bei einem 11jährigen Knaben. (Epithéliome de la langue chez un garçon de 11 ans.)** *Journ. de clin. et de therap. infant. 1894. p. 369.*

Das Hauptinteresse des Falles liegt in dem Alter des Patienten. LUC.

96) **Souville. Fissurirter Krebs der Zunge. Heilung durch Totalexstirpation derselben. (Cancer fissuraire de la langue. — Extirpation totale de l'organe. — Guérison.)** *Gazette des hôpitaux de Toulouse. 18. August 1894.*

Am 16. November 1893 operirte Prof. Duret den 50jähr. Patienten wegen einer taubeneigrossen Neubildung an der Zunge. Der Tumor zeigt an seiner rechten Seite eine Fissur und ist durch die Theilungen dieser in eine Reihe kleiner Läppchen getheilt. Die Folgen der Operation waren günstige; der Pat. konnte schon nach 6 Tagen aufstehen; die Temperatur war nie über $38{,}3^{0}$ gestiegen. Nach 14 Tagen konnte Pat. bereits per os sich nähren und am 9. December verliess er das Krankenhaus. E. J. MOURE.

97) Sir **W. Stokes** (Dublin). **Operationen wegen Kiefer- und Zungenkrebs. (Operations for cancer of the jaws and tongue.)** *Dublin Journal of Medical Scienc. Januar 1895.*

Von ausschliesslich chirurgischem Interesse. P. MC. BRIDE.

98) **G. Buchanan** (Glasgow). **Zustand einer Patientin 30 Jahre nach Excision der Zunge wegen Krebs. (Excision of the tongue for cancer. State of patient 30 years after.)** *Edinburgh Med. Journ. März 1895.*

Die Patientin, der B. 1865 die halbe Zunge exstirpirt hat, lebt und befindet sich wohl. Verf. operirt selten und nur da, wo die Erkrankung einseitig und auf die vorderen Partien ($^{2}/_{3}$) beschränkt ist. P. MC. BRIDE.

99) **E. Bottini. Das erste Hundert von Zungenamputationen. (Prima centurie di amputazione della lingua.)** *Clin. chir. Milano. 1894. p. 1—36.*

Nicht zugänglich. A. TOTI.

100) **Emil Krückmann** (Rostock). **Ueber die Beziehungen der Tuberculose der Halslymphdrüsen zu der Tonsillen.** *Virchow's Archiv. Bd. 138. 1894. p. 534.*

K.'s Untersuchungen bestätigen die Häufigkeit der tuberculösen Infection der Mandeln und deren ursächliche Bedeutung für die Halsdrüsentuberculose. In zwei Fällen fand K. die Tonsillen bei geringer, zum Theil ausgeheilter Lungentuberculose erkrankt, woraus er schliesst, dass auch in Fällen, in denen eine Lungenerkrankung nicht nachweisbar ist, die scheinbar primäre Halsdrüsentuberculose von den Mandeln aus zu Stande kommen kann. Bei Verfütterung von Tuberkelbacillen können Mandeln und Lymphdrüsen, die begierig corpusculäre

Elemente aufsaugen und zurückhalten, erkranken, während die Schleimhäute, die in gleicher Weise der Infection ausgesetzt waren, intact bleiben.

F. KLEMPERER.

101) **Manicatide** (Bukarest). **Periamygdalitis lingualis phlegmonosa. (Periamigdalitu linguala flegmonoasa.)** *Spitalul. 1894. No. 2.*

Bei einem 45 jährigen Manne stellen sich Halsschmerzen mit Schling- und Athembeschwerden fast plötzlich ein. Verfasser hält die Sache für eine einfache Rachenentzündung, wird aber um Mitternacht schleunigst wieder zum Kranken gerufen und erkennt nun mittelst des Spiegels, dass es sich um eine Entzündung der Zungenmandel handelt. Es bildet sich ein Abscess, der sich öffnet und in 14 Tagen abheilt. Verf. hebt noch die Wichtigkeit der Untersuchung mit dem Kehlkopfspiegel hervor.

SENTINON.

102) **M. Campeanu** (Bukarest). **Ein Fall von Mandelfieber nach Nesselausschlag und mit eitriger Mittelohrentzündung verbunden. (Un cas de febra amigdaliena precedata de urticarie si complicata de otita medie supurata.)** *Spitalul. 1894. No. 23.*

Es handelt sich um eine Frau, die zwei Tage vor der Menstruation einen Nesselausschlag bekommt, dann Mandelentzündung mit 40° C. aufweist und schliesslich von Entzündung des rechten Ohres heimgesucht wird.

SENTINON.

103) **Joal. Mandel-Reflexe. (Reflexes amygdaliens.)** *Revue de laryngologie. No. 15. 1. August 1894.*

Verf. berichtet über 2 Fälle von seltenen Reflexstörungen, die er auf Hypertrophie der Mandeln zurückführte; im ersten Fall handelte es sich um Oesophagismus, im zweiten um eine Intercostalneuralgie.

E. J. MOURE.

104) **J. Garel. Zwei Fälle von congenitaler Anomalie der vorderen Gaumenbögen. (Deux cas d'anomalie congénitale des piliers antérieurs du voile du palais.)** *Revue de Laryngologie. No. 13. 1. Juli 1894.*

Verf. stellt die bisher publicirten Fälle von congenitalen Missbildungen der Gaumenbögen zusammen und giebt die Abbildungen und Krankengeschichten zweier eigener Beobachtungen. In seinem ersten Falle boten beide vorderen Bögen, im zweiten nur der rechte ovale Oeffnungen dar, deren Entstehung beim Foetus vor der Hand nicht zu erklären ist.

E. J. MOURE.

105) **Lanelongue. Gelapptes Pflasterzellen-Epitheliom des Gaumensegels neun Jahre nach einem Cancroid der Unterlippe auftretend; operirt und endgültig geheilt. (Epithélioma pavimenteux lobulé du voile du palais survenu neuf ans après un cancroide de la lièvre inferieure, opéré et dont la guérison est restée definitive.)** *Gazette des hôpitaux de Toulouse. 12. Mai 1894.*

Im Jahre 1884 war der Pat. wegen eines bohnengrossen Epithelioms der Unterlippe operirt worden; die Submaxillardrüsen waren damals nicht geschwollen und Pat. wurde nach 10 Tagen als geheilt entlassen. 1893 kommt er wieder ins Hospital wegen eines Tumors, der den Isthmus faucium ganz erfüllt. Der erst

erbsengrosse Tumor ist in den letzten 2 Monaten stark nussgross geworden. Die Ernährung des Pat. muss mittelst Sonde stattfinden. Am 30. November wird Pat. operirt und zwar muss der Tumor, der sehr mürbe ist, stückweise entfernt werden. Am 25. December wird Pat. geheilt entlassen, er kann gut schlucken.

E. J. MOURE.

106) **F. Sematzki** (Poltawa). **Ein Fall von retromaxillärem Tumor. (Slutschai sagletotschnawo nowoobrasowania.)** *Chir. ljetop. 1894. 2.*

Die Geschwulst sass in der linken Hälfte des weichen Gaumens und hatte die beiden Gaumenbögen auseinandergedrängt. Sie war mit Schleimhaut überzogen, hatte die Uvula ganz nach rechts verschoben und liess sich bis auf die Proc. transversi der ersten 4 Halswirbel verfolgen. Nach Spaltung der Schleimhaut konnte die Geschwulst stumpf entfernt werden. Die mikroskopische Untersuchung ergab ein Chondro-sarcoma fuso-cellulare. **LUNIN.**

107) **Belliard. Der acute Retropharyngealabscess. (Abscès chaud retro-pharyngien.)** *Revue de Laryngologie. No. 17. 1. September 1894.*

Anlässlich eines Falles dieser Art, den Verf. bei einem Kinde von $2^1/_2$ Jahren beobachtet hat und bei dem er vom Munde aus in der Mittellinie incidirte, weist B. auf die Ungefährlichkeit eines derartigen Eingriffs im Vergleich zu der Operation von aussen her hin. **E. J. MOURE.**

d. Diphtheritis und Croup.

108) **M. V. Ball. Ein neuer Nährboden für Diphtheriebacillen und andere Bakterien. (A new culture medium for the bacillus of diphtheria and other bacteria.)** *Philad. Med. News. 24. November 1894.*

B. empfiehlt als Nährboden geronnenes Blut; es ist überall leicht zu beschaffen und am einfachsten, ohne jeden Apparat herzustellen. Die dunkle Farbe des Coagulums lässt die Bakteriencolonien schön hervortreten. Die meisten Bakterien wachsen gut darauf, ob Tuberkelbacillen auf dem „Nähr-Blutkuchen" aufgehen, weiss Verf. noch nicht. **LEFFERTS.**

109) **Wright u. Emerson. Das Vorkommen des Diphtheriebacillus ausserhalb des Körpers. (The occurence of the bacillus diphtheriae outside of the body.)** *Philad. Med. News. 17. November 1894.*

Die Verff. untersuchten den Staub am Boden des Diphtherie-Pavillons im Boston City Hospital, ferner die Kleidung und die Personen der Wärter auf das Vorkommen von Diptheriebacillen. Der Pavillon ist gut isolirt, in verschiedenen grösseren und kleineren Räumen enthält er 70 Betten. Der allgemeine Gesundheitszustand ist gut. Das Resultat war folgendes:

Von 4 Culturen des Bodenstaubes ergab eine Diphteriebacillen; andere Bakterien waren vorhanden. Von 4 Culturen, die von dem Staub etc. an den Schuhen der Wärter angelegt waren, enthielten 3 Diphtheriebacillen in geringen Mengen,

daneben zahlreiche andere Bakterien. Vom Haar der Wärter wurden ebenfalls 4 mal Culturen angelegt, 1 mal mit positivem Resultat. Alle Culturen von der Wäsche, den Fingernägeln etc., der Wärter, der Bettwäsche der Patienten, ferner der Zimmerluft in dem Pavillon fielen — bezüglich der Diphtheriebacillen — negativ aus. Bei 2 von den 5 Fällen, in denen Klebs-Löffler'sche Bacillen gefunden wurden, war ihre Virulenz eine geringe. LEFFERTS.

110) **Redactionelle Notiz. Ueber die Lebensfähigkeit der Diphtheriebacillen in den Pseudomembranen. (The vitality of diphtheria-bacilli in false membrane.)** *Philad. Med. News. 20. October 1894.*

Es wird an die Beobachtung von Abel (Deutsche med. Wochenschr. 1894, No. 35) erinnert, dass ein 12jähriges Mädchen, welches eine Diphtherie-Attake dem Anscheine nach völlig überwunden hatte, 65 Tage später an fibrinöser Rhinitis mit virulenten Diphtheriebacillen in den Membranen erkrankte. Diese und ähnliche Beobachtungen weisen darauf hin, dass man Diphtheritis-Reconvalescenten isolirt lassen soll; sie lehren, dass die Pseudomembranen der Diphtherie sowohl wie der fibrinösen Rhinitis einen besonders günstigen Boden für die Erhaltung der Keime bilden. LEFFERTS.

111) **A. C. Abbott. Einige streitige Punkte aus dem Gebiete der Diphtherie und der mit ihr verwandten Zustände. (A review of some of the disputed points in connection with diphtheria and conditions with which it has been confounded.)** *Phil. Med. News. 17. November 1894.*

Eine Uebersicht über die Entwicklung der Diphtheriefrage unter dem Einfluss der bakteriologischen Untersuchungsmethoden. Verf. endigt mit der Besprechung der Immunitätslehre und der Serumtherapie. LEFFERTS.

112) **Peter H. Bryce. Praktische Schwierigkeiten für Medicinalbeamte und Aerzte gegenüber diphtherieverdächtigen Fällen. (Practical difficulties of Medical health officers and physicians in dealing with suspected cases of diphtheria.)** *N. Y. Med. Record. 13. October 1894.*

Neben praktischem Nutzen hat die bakteriologische Forschung in der Diphtheriefrage auch unvorhergesehene Schwierigkeiten gebracht, indem festgestellt wurde, dass 1. mindestens 25pCt. der Diphtheriefälle gar nicht durch den Klebs-Löffler'schen Bacillus verursacht sind; 2. dadurch, dass Aerzte im vermeintlichen Interesse ihrer Patienten Fälle verheimlichen, indem sie sich selbst hinter der Versicherung verstecken, dass sie nicht entscheiden könnten, ob Diphtherie vorliege oder nicht. Mit der Schwierigkeit dieser Entscheidung beschäftigt sich Verf.; dieselbe ist oft ohne Mikroskop gar nicht möglich. LEFFERTS.

113) **Wright. Zur Bakteriologie der Diphtheritis. (The bacteriology of diphtheria.)** *Philad. Med. News. 17. November 1894.*

Untersuchungen an 82 Fällen von Diphtherie lehrten W., dass ein Virulenzunterschied zwischen den aus schweren und den aus milden Diphtheriefällen gezüchteten Bacillen nicht besteht. Auch die Dauer der Krankheit übt keinen wesentlichen Einfluss; der Diphtheriebacillus kann sehr lange in Rachen und Luftwegen

sich aufhalten, ohne an Virulenz zu verlieren. Ebensowenig besteht ein bestimmter Zusammenhang zwischen Alter und Geschlecht des Patienten und der Virulenz der Bacillen. Diese können in allen Graden der Virulenz bis herab zur völligen Unschädlichkeit — erwiesen durch erfolglose Uebertragung auf Meerschweinchen — vorhanden sein, ohne dass aus dem Resultat der Prüfung der Virulenz ein Rückschluss auf die Intensität des Falles möglich wäre.

LEFFERTS.

114) **W. H. Park. Neuere Studien über Diphtherie und Pseudodiphtherie. (Recent studies on diphtheria and pseudodiphtheria.)** *N. Y. Medical Journal. 27. October 1894.*

An einem Beobachtungsmaterial von 450 Fällen von Pseudodiphtherie, bei denen die Isolirung nicht durchgeführt worden war, ergab sich, dass irgend welche nachtheilige Folgen aus der Vernachlässigung dieser Vorsichtsmassregel nicht erwuchsen. Etwa 10 pCt. der Fälle kamen zur gleichen Zeit zum Ausbruch. Das gehäufte Auftreten der Pseudodiphtherie hängt, im Gegensatz zu dem Verhalten der echten Diphtherie, in hohem Maasse von der Jahreszeit ab. Es scheint, als ob Personen, die der Berührung mit Pseudodiphtherie ausgesetzt sind, diese Erkrankung wenig zu fürchten haben, wenn sie ihren Hals in gesundem Zustand erhalten.

LEFFERTS.

115) **G. Hellström** (Stockholm). **Factoren in der Aetiologie der Diphtheritis, besonders die Bedeutung der Staphylokokken. (Faktorer i difteritens etiologi, särskildt Staphylockernas betydelse.)** *Hygiea. II. S. 46.*

In einem Kinderheim erkrankten von 33 Kindern 28 während des Oktober und November 1893 theils an Staphylococcenangina, theils an Diphtheritis. Die Diagnose wurde in jedem Falle bakteriologisch gestellt.

Der erste Fall war diphtheritisch, 2 Tage nachher wurden 2 Kinder an Kokken-Angina krank. Dann wurden 3 Kinder krank (1 Diphtherie, 2 Kokken-Angina) u. s. w. Im Anfang wechselte Kokken-Angina und Diphtherie, dann wurden 8 Kinder nur von Diphtherie ergriffen, demnächst eine Periode von wechselnden Krankheitsformen und schliesslich wurde die Epidemie durch ein halbes Dutzend von Anginafällen mit Kokken abgeschlossen.

SCHMIEGELOW.

116) **Genersich** (Klausenburg). **Bakteriologische Untersuchungen über die sogenannte septische Diphtherie.** *Jahrb. f. Kinderheilk. XXXVIII. 1894.*

G. untersuchte die Leichen von 25 an Diphtherie verstorbenen Kindern bakteriologisch. Er fand bei 4 Leichen in Milz, Leber und Nieren, sowie im Herzblut den Streptococcus longus Lingelsheim. Nur 2 der Fälle, in denen sich Streptokokken nachweisen liessen, konnten klinisch als septische Diphtherie bezeichnet werden. Unter den übrigen 21 Fällen, in welchen sich keine Streptokokken fanden, waren dagegen 5, welche klinisch als septisch bezeichnet werden mussten. Es deckt sich also der klinische Begriff der Diphtherie nicht absolut mit demjenigen einer bakteriologischen Mischinfection. G. empfiehlt, den Namen „septische Diphtherie“ durch denjenigen der „schwersten toxischen Diphtherie“ oder „Diphtheria gravissima“ zu ersetzen.

SEIFERT.

117) **A. Voûte jr.** (Amsterdam). **Bakteriologische Untersuchungen bei Diphtheritis. (Bacteriologische onderzoekingen bij diphtheritis.)** *Nederl. Vereen. voor Paediatrie. Voordrachten. III. 1. Hälfte. 1894.*

V. hat versucht, die bakteriologische Untersuchung bei Diphtheritis dem praktischen Arzte zugänglich zu machen. Diese Versuche haben bisher zu einer Vereinfachung der Technik noch nicht geführt. **H. BURGER.**

118) **M. Jakowski. Zur Frage der bakteriologischen Untersuchung der Diphtheriemembranen. (Kilka uwag w kwestyi badania bakteryologicznego bton dyfterytycznych.)** *Gazeta Lek. No. 44. 1894.*

Verf. beschreibt die verschiedenen Methoden der Unlersuchungen auf Diphtheriemikroben und empfiehlt aus eigener Erfahrung die Löffler'sche Lösung. Zur Cultur empfiehlt er Glycerin-Agar oder Löffler'sches Serum.

A. v. SOKOLOWSKI.

119) **W. H. Welch** (Baltimore). **Bacteriologische Untersuchungen über die Diphtherie in den Vereinigten Staaten. Ein Bericht über die Stellungnahme des Amerikanischen Comités auf dem VIII. Internation. Congress für Hygiene und Demographie in Budapest am 1.—9. September 1894. (Bacteriological investigations of diphtheria in the united states. A report on behalf of the american Committee on diphtheria to te 8th International Congress of Hygiene and Demography held in Budapest Septemb. 1—9. 1894.)** *American Journal of Med. Scienc. October 1894.*

Der sehr ausführliche Bericht eignet sich wegen seiner Länge und der Menge des statistischen Materials, das er enthält, nicht zur Wiedergabe in einem Referate. Die amerikanischen Beobachter scheinen nicht nur den Löffler'schen Bacill und den Pseudodiphtheriebacillus auseinanderzuhalten, sondern noch einen nichtvirulenten Bacillus, der, mit Ausnahme seines mangelnden Effectes, sich in nichts von dem echten Löffler'schen Bacillus unterscheidet. **P. MC BRIDE.**

120) **F. J. Quinnones** (Habana). **Zur Uebertragung der Kuhdiphtherie auf den Menschen. (Nota sobre la trasmision de la difteria bovina á la raza humana.)** *Crónica médico-quirúrgica de la Habana. 1894. No. 4.*

Bei zwei Kindern, die auf einem vereinzelten Gehöfte an Diphtheritis erkrankten konnte Verf. keine andere Ansteckungsquelle auffinden, als ein Kalb, das 8 Tage vorher an Halsödem und Durchfall zu Grunde gegangen war und mit dem die Kinder zu spielen pflegten, während die Kuh gemelkt wurde. Eine bakteriologische Untersuchung konnte Verf. nicht anstellen. **SENTINON.**

121) **Discussion über Diphtheritis in der West London Medico-Chirurgical Society am 2. und 16. November 1894.** *British Medical Journal. 24. November und 8. December 1894.*

Die Discussion, welche von Dr. Campbell Pope eingeleitet wurde und an welcher eine sehr grosse Anzahl von Rednern theilnahm, bewegte sich so ziemlich auf dem ganzen Gebiet aller Fragen, welche in letzter Zeit das Interesse der medicinischen Welt mit Bezug auf die Diphtheritis in Anspruch genommen haben,

ohne indessen in irgend einer Beziehung etwas Neues zu Tage zu förden. Der einzige Punkt von wirklicher Wichtigkeit war der, dass in dieser hauptsächlich aus praktischen Aerzten bestehenden Gesellschaft der Antrag gestellt wurde, bei der Regierung zu beantragen, dass überall in England Stationen für die bakteriologische Untersuchung der Expectoration und Membranen von verdächtigen Fällen nach dem amerikanischen Plane eingerichtet werden sollten. Aus dem Bericht des British Medical Journals geht nicht hervor, ob dieser Antrag thatsächlich angenommen wurde oder nicht. Im Uebrigen müssen Interessenten auf den ausführlichen Bericht im British Medical Journal verwiesen werden. SEMON.

122) **J. F. Baerken** (Haag). **Sind Croup und Diphtherie identisch? (Zyn croup en diphtherie identisch?)** *Geneesk. Courant. 1894. No. 51.*

Das hauptsächliche unterscheidende Moment bildet die Aufnahme von Toxinen in die Circulation, welche bei Diphtherie regelmässig, bei Croup dagegen nicht vorkommt. H. BURGER.

123) **Hennig** (Königsberg). **Ueber Diphtherie und Croup in Ostpreussen.** *Dtsch. Mediz.-Zeitung. 97. 1894.*

H. ist der Ueberzeugung, dass der genuine Croup mit der Diphtherie nichts zu thun hat, sondern eine Krankheit sui generis ist. Die statistischen Erhebungen beziehen sich auf die Jahre 1875—1891 incl. Es starben in dieser Zeit in der Provinz Ostpreussen durchschnittlich p. anno 6720 Individuen mit der höchsten Zahl für das erste Lebensjahr (27 pCt.). SEIFERT.

124) **F. Atkinson. Diphtheritis und ihr Zusammenhang mit Canalgasen und „Road Level" Ventilatoren. (Diphtheria and its association with sewer-air and Road Level ventilators.)** *Lancet. 27. October 1894.*

In der Nähe von Surbiton wurden die Road Level Ventilatoren eingeführt und sogleich brach Diphtheritis aus. Die Drainageröhren wurden mit einer starken (?) Sublimatlösung ausgewaschen (flushed), worauf die Diphtherie verschwand.

ADOLPH BRONNER.

125) **D. Biddle. Schulbesuch und Diphtheritis. (School attendance and diphtheria.)** *Lancet. 20. October 1894.*

Die Diphtherie ist viel häufiger bei Kindern unter fünf Jahren als über fünf. Trotz der viel stärkeren Schulfrequenz hat sich dieses Verhältniss nicht verändert (drei zu eins) und die Schule kann desshalb nicht die Ursache sein, für die Verbreitung der Diphtherie. ADOLPH BRONNER.

126) **Lennox Browne. Schulbesuch und Diphtheritis. (School attendance and diphtheria.)** *Lancet. 27. October 1894.*

Verf. macht auf seinen in Bristol gehaltenen Vortrag aufmerksam, in dem er zu beweisen sucht, dass die Epidemien von einfachen anginösen Halserkrankungen von unsanitären Verhältnissen abhängen und auch die Epidemien von Diphtheritis verursachen und beeinflussen. ADOLPH BRONNER.

127) **Redactionelle Bemerkung. Eine Diphtheritisepidemie in Yonkers, N. Y. (An epidemic of diphtheria in Yonkers, N. Y.)** *N. Y. Medical Record. 8. December 1894.*

Nichts von Bedeutung.

LEFFERTS.

128) **Chas. A. Hodgetts. Die Behandlung von Diphtheritisepidemien in ländlichen Bezirken. (Management of diphtheria epidemics in rural districts.)** *N. Y. Med. Record. 13. October 1894.*

Verf. verlangt beim Ausbruch von Diphtheritis-Epidemien auf dem Lande schärfere Maassregeln, als sie bisher getroffen wurden und wünscht, dass die Sanitätsbeamten nicht bloss Anordnungen treffen, sondern deren Ausführung gerade in ländlichen Distrikten auch persönlich überwachen.

LEFFERTS.

129) **John Cronyn. Diphtheritis. (Diphtheria.)** *N. Y. Med. Journal. 27. Oct. 1894.*

Verf. vergleicht die Diphtherie mit den exanthematischen Infectionskrankheiten und ist der Meinung., dass sie, wie diese, stets ursprünglich eine Allgemeininfection ist. Die häufige Entwicklung von Membranen im Kehlkopf und in den Bronchien kurz nach Verschwinden der Beläge im Schlunde weist darauf hin, dass die Infection bereits im Blute existirte. Dafür sprechen auch die bisweilen ausserordentlich heftigen Allgemeinerscheinungen (Albuminurie, Herzschwäche, Lähmungen etc.) bei nur leichten örtlichen Störungen. Verf. citirt einen Fall, der einen Mediciner betraf, bei dem zuerst eine Pneumonie vermuthet wurde. Derselbe bekam dann eine Stomatitis, darauf bald Nasen- und Augenentzündung und eine Retentio urinae; schliesslich traten Membranen auf allen Schleimhäuten auf, in Mund, Nase, Urethra und Rectum. Der Verf. kommt zu dem Schluss, dass die diphtheritische Erkrankung lokal sein kann, dass sie stets aber vorher constitutionell war.

LEFFERTS.

130) **J. Mount-Bleyer. Die Diphtheritis. Unsere modernen Anschauungen über ihre Aetiologie und Pathologie mit Bemerkungen über die frühere Geschichte dieser Krankheit. (Diphtheria — our modern views — its etiology and pathology with remarks on the early history of this malady.)** *Journal Amer. Med. Assoc. 20. October 1894.*

Von Interesse sind namentlich die geschichtlichen Ausführungen des Verf.'s.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

131) **W. H. Park. Die Unmöglichkeit einer vollständigen Desinfection der Luftwege bei Diphtherie. (It is impossible to disinfect the air-passages in diphtheria.)** *N. Y. Med. Record. 3. November 1894.*

Verf. untersuchte, ob es möglich wäre, die Luftwege vollständig zu desinficiren; er gebrauchte starke Sublimatlösungen und andere Agentien 24 bis 48 Stunden lang, theils bei Personen ohne Membranen, theils bei solchen, die Membranen im Halse hatten. In keinem Falle gelang es ihm, den Hals wirklich aseptisch zu machen. In einer gewissen Zahl von Fällen verschwand zwar der Klebs-Löffler'sche Bacillus, aber bei anderen blieb er so zahlreich, als ob

nichts vorgenommen wäre. Selbst wenn die Membran ganz verschwand, blieben noch Keime zurück und an anderen Stellen entwickelten sich neue Beläge. Um einen Vergleich zu gewinnen zwischen dem Werth des Sublimats, des Wasserstoffsuperoxyds und einfacher Salzlösungen, wurde bei einer Reihe von Patienten Sublimat, im Halse 1 : 2500, in der Nase 1 : 4000, angewandt, bei einer zweiten Gruppe Wasserstoffsuperoxyd bis zu 25 pCt., bei einer dritten die Salzlösung. Ein Unterschied der Wirkung war nicht zu erkennen, gerade nach den stärksten Lösungen hafteten die Bacillen manchmal am längsten. LEFFERTS.

132) **Lennox Browne. Die Menge der Membranen bei Diphtheritis in Beziehung zur Prognose. (The amount of membrane in diphtheria as an element of prognosis.)** *Lancet. 1. December 1894.*

Verf. behauptet, dass, besonders bei Kindern, eine grosse Menge von Membranen die Prognose sehr verschlechtere. ADOLPH BRONNER.

133) **F. H. Alderson. Die Menge der Membranen bei Diphtheritis in Beziehung zur Prognose. (The amount of membrane in diphtheria as an element of prognosis.)** *Lancet. 8. December 1894.*

Wenn die Membran im Pharynx sehr gross ist und besonders, wenn sie in den Nasenrachenraum hineinreicht, ist die Prognose sehr schlecht. Druckempfindliche Submaxillardrüsen weisen auf Diphtheritis hin.

ADOLPH BRONNER.

134) **Redactionelle Notiz Aetiologie und Verhütung der Diphtheritis. (Etiology and prevention of diphtheria.)** *Med. and Surg. Reporter Philadelphia. 27. October 1894.*

Ein Bericht über die Schlüsse, die Löffler aus seinen Darlegungen auf dem 8. Internat. Congress für Hygiene und Dermographie in Budapest zog.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

135) **G. Engstrand** (Stockholm). **Diphtheritis. (Difteri.)** *Eira. 1894. S. 69 bis 72.*

Nichts Neues. SCHMIEGELOW.

136) **L. G. Guthrie. Das Vorkommen von diphtheritischer Lähmung ohne vorhergehende Schlundaffection. (On the occurrence of diphtheritic paralysis without previous faucial affection.)** *Lancet. 3. November 1894.*

Ein Kind von 7 Jahren verletzte sich den Finger und die Wunde heilte erst nach 14 Tagen; sie war mit einer grauen Membran bedeckt. Das Kind klagte über Halsschmerzen, doch war keine Membran in diesem zu sehen. Nach 4 Wochen trat Schielen, Lähmung des weichen Gaumens und Verlust des Kniereflexes ein. Ausgang in Heilung. Zwei andere Fälle von Diphtheritis der Vulva bei Kindern werden erwähnt. In einem trat Albuminurie, Schluckbeschwerden und Parese des Zwerchfells ein. Im zweiten starb das Kind an Herzlähmung. Aehnliche Fälle sind von Gassicourt, Roger, Rosenthal u. A. mitgetheilt.

ADOLPH BRONNER.

137) **Czemetschka** (Prag). **Ein Fall von Rhinitis diphtherica bei einem Säugling.** Aus Prof. H. Chiari's path.-anat. Institut in Prag. — *Prager medicin. Wochenschr. 1894. No. 38 und 39.*

Das an sogenannter Rhinitis fibrinosa leidende Kind war an Pneumonia lobularis gestorben. Im Secrete der Nase liess sich während des Lebens kein Diphtheriebacillus nachweisen, wohl aber in den Membranen, die man bei der Section aus der Nase entfernte. Der Klebs-Löffler'sche Bacillus wurde darin mikroskopisch, culturell und durch das Thierexperiment nachgewiesen. Nebstdem fand sich auch der Staphylococcus pyogenes albus. Jedenfalls war der Löffler-sche Bacillus der eigentliche Krankheitserreger der isolirten Rhinitis fibrinosa, welcher Nachweis bis jetzt nur selten erbracht wurde. CHIARI.

138) **Luc. Kehlkopfcroup bei einem 7jährigen Kinde mit Kehlkopfpapillomen. Intubation während 6 Wochen, darnach Tracheotomie. (Croup d'emblée chez un enfant de 7 ans atteint de papillomes du larynx; intubation pendant six semaines, puis trachéotomie.)** *Archives de Laryngologie. No. 6. November-December 1894.*

Die Ueberschrift kennzeichnet den Fall zur Genüge. Der Verf. hält eine Laryngofissur zur Entfernung der Papillome für nothwendig. E. J. MOURE.

139) **J. H. Wright. Studien zur Pathologie der Diphtheritis. (Studies in pathology of diphtheria.)** *Boston Med. and Surg. Journal. 4. und 11. October 1894.*

Die ausführlichen technischen Angaben W.'s eignen sich nicht zum Referat. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

140) **F. M. Crandall. Ein ungewöhnlicher Fall von diphtheritischer Lähmung. (An unusual case of diphtheritic paralysis.)** *N. Y. Medical Journal. 8. December 1894.*

Von besonderem Interesse ist der ausserordentlich frühzeitige Eintritt einer Paraplegie im Verlaufe der Diphtherie. LEFFERTS.

141) **W. T. Howard** (Cleveland). **Ein Fall von acuter ulcerativer Endocarditis verursacht durch den Diphtheriebacillus. (A case of acute ulcerative endocarditis due to the bacillus diphtheriae.)** *American Journal of the Medical Scienc. December 1894.*

Eine Halsaffection war bei dem Pat. nicht nachweisbar gewesen; er starb an acuter ulcerativer Endocarditis mit Infarcten in Nieren und Milz. In den Auflagerungen am Endocard, wie in den Infarcten fand sich ein Bacill, der in jeder Hinsicht dem Klebs-Löffler'schen Bacill glich, nur dass ihm im Thierexperiment die Virulenz fehlte. Bezüglich der zahlreichen interessanten klinischen und pathologischen Einzelheiten sei auf das Original verwiesen. P. MC. BRIDE.

142) **G. E. Lemmer. Diphtheritis. (Diphtheria.)** *New England Med. Monthly. October 1894.*

Nichts Neues. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

143) **C. A. Helvie. Diphtheritis. (Diphtheria.)** *Omaha Clinic. October 1894.*
Nichts Neues. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

144) **E. S. Griswold. Croup. (Croup.)** *Indiana Med. Journal. October 1894.*
Nichts Mittheilenswerthes. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

145) **Bergmann. Prophylaxis der Diphtherie.** *Kinder-Arzt. 1894.*
Dem Referenten nicht zugänglich. SEIFERT.

146) **Hutinel. Die Prophylaxe der Diphtheritis im Hospital des Enfants. (Prophylaxie de la diphthérie à l'hopital des Enfants.)** *Rev. mens. mal. de l'enfance. October 1894.*

Verf. bespricht die Isolirungs- und die sonstigen Maassregeln, die im genannten Hospital gegen die Ausbreitung der Diphtherie getroffen sind.

A. CARTAZ.

147) **Sevestre. Dasselbe.** *Revue mens. mal. de l'enfance. November 1894.*
Ein berichtigender Zusatz zu vorstehendem Artikel. A. CARTAZ.

148) **A. O. B. Wingate. Die Verhütung der Diphtherie vom Standpunkte des Medicinalbeamten. (Prevention of diphtheria from the standpoint of the Health officer.)** *Journ. Am. Med. Assoc. 24. November 1894.*
Isolirung und Desinfection sind die beiden Hauptpunkte.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

149) **B. Becker. Aetiologie und Pathologie der Diphtheritis. (Etiology and pathology of diphtheria.)** *Journ. Am. Med. Assoc. 24. November 1894.*
Nichts Neues. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

150) **Smirnow. Die Behandlung der Diphtherie mit einem ohne Vermittelung des thierischen Organismus gewonnenen Antitoxin. (The treatment of diphtheria with antitoxin derived without the intermediation of the animal organism.)** *Philad. Med. News. 1. December 1894.*

S. berichtet über Versuche, das Serum und die Diphtheriecultur durch Electrolyse so zu verändern, dass eine Heilwirkung damit erzielt werden kann.

LEFFERTS.

151) **Edwin Klebs. Der gegenwärtige Stand der specifischen Therapie der Diphtheritis. (The present status of the specific treatment of diphtheria.)** *N. Y. Med. Record. 15. December 1894.*

Verf. bespricht die Gewinnung und Wirkungsweise seines Antidiphtherins, das gefahrloser und ausserdem sehr viel weniger kostspielig sei als das Serum.

LEFFERTS.

152) **W. H. de Witt. Behandlung der Diphtheritis. (Treatment of diphtheria.)** *Lancet-Clinic. 6. October 1894.*
Nichts Neues. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

153) **E. Sonnenberg** u. **Z. Srebrny. Ueber die mechanische Behandlung der Diphtherie. (Kilka słów o mechanicznem leczeniu błonicy.)** *Medycyna. No. 51. 1894.*

Sonnenberg beschreibt 6 Fälle ziemlich schwerer Diphtherie mit günstigem Ausgange, die mittelst Auskratzung der Membranen und nachfolgender Sublimat-Bepinselung behandelt wurden. Srebrny critisirt diese Behandlungsmethode und findet dieselbe vom heutigen Standpunkte der Wissenschaft aus ganz unrationell.

A. v. SOKOLOWSKI.

154) **H. Kowalski. Mit welcher Behandlungsmethode der Halsdiphtherie erhalten wir die besten Resultate? (Jaki sposób leczenia błonicy gardła daje najlepsze wyniki?)** *Medycyna. No. 34. 1894.*

Verf. meint, dass durch innere Anwendung des Pilocarpins viel bessere Resultate, als durch verschiedene andere Methoden, erzielt werden. Die Ursache hiervon sieht Verf. in der durch Pilocarpin erzeugten Vermehrung der Leukocytose des Blutes, welche Erscheinung Verf. experimentell durch subcutane Injection an Kaninchen erzeugt und genau verfolgt hat. A. v. SOKOLOWSKI.

155) **A. Rose. Pastillen als Ersatz der Gurgelwässer zur Verhütung diphtheritischer Infection. (Pastilles as a substitute for gargling to prevent diphtheritic infection.)** *N. Y. Med. Record. 24. November 1894.*

Unter den prophylactischen Maassnahmen gegen Diphtherie steht allen Autoren die Asepsis des Mundes und Halses obenan. Diesem Zwecke sollen zumeist die Gurgelungen dienen; es ist leicht sich mit Hülfe eines gefärbten Syrups zu überzeugen, dass das Gurgeln für die Desinfection des Pharynx eine illusorische Maassregel bleiben muss. Verf. empfiehlt deshalb zur Desinfection von Hals und Mund Pastillen. A. Szara setzt dieselben zusammen aus:

Resina guajaci	0,75,
Saccharin	0,01,
Sacchari et succi Liquirit. . .	0,75.

Bergmann empfiehlt Trochisci aus:

Thymol	0,002,
Natric. benzoic.	0,02,
Sacchar.	0,015,
Adde. Mulilag. Gummi arabic.	9,5.

LEFFERTS.

156) **A. Sokolowski. Beitrag zur Pathologie und Therapie der Rachendiphtherie. (Przyczynek do kazuistyki i terapji cwzkich dyfterytów gardzieli.)** *Gazeta Lekarska. No. 9. 1894.*

Anknüpfend an einen geheilten sehr schweren Fall von Halsdiphtherie (18 pr. M. Eiweiss, Eiterung mit nachfolgender Trepanation des Proc. mastoideus, Morbus Werlhofi etc.) schildert Verf. in kritischer Weise die verschiedenen therapeutischen Methoden, wobei er die locale Therapie und besonders die Pinselungen scharfer Kritik unterwirft. Autoreferat.

157) **J. Baczkiewicz. Die Behandlung der Rachendiphtherie im Kindesalter. (Leczenie dyfterytu u dzieci.)** *Odczyt. kliniczny. 1894.*

Die allgemeine Symptomatologie und die Grundsätze der Therapie werden vom Verf. in klarer und kritischer Weise besprochen. B. plaidirt in erster Linie für die allgemeine Behandlung des Leidens. A. v. SOKOLOWSKI.

158) **F. H. Williams. Die frühe Lokalbehandlung bei Diphtheritis und anderen Halserkrankungen. (Early local treatment of diphtheria and other affections of the throat.)** *N. Y. Med. Record. 3. November 1894.*

Verf. benutzte starke Wasserstoffsuperoxydlösungen (50 Volum.) bei 100 Diphtheriefällen von wechselnder Schwere; die Diagnose war bei allen durch bacteriologische Untersuchung gesichert. Eine Verletzung der Schleimhaut wurde nicht beobachtet. Das Mittel wurde neben anderen Desinficientien oder mit diesen abwechselnd gebraucht. Man soll es früh in Gebrauch nehmen und fortfahren bis zum Verschwinden der Keime; die Application erfolgt 1 oder 2 stündlich. Der Operateur soll die Theile, auf die er die Lösung applicirt, sehen; der Spray soll nie einen stärkeren Druck als 6 Pfund haben. LEFFERTS.

159) **A. Caille. Schädlichkeit des Wasserstoffsuperoxyds bei Diphtheritis. (Peroxide of hydrogen is found injurious in diphtheria.)** *N. Y. Med. Record. 3. November 1894.*

Das Wasserstoffsuperoxyd verursachte Reizung im Halse, neue Membranflecke traten auf und manchmal erschien der Fall nach der Anwendung des Mittels schwerer als vorher. Ueberhaupt scheint C. die Anwendung chemischer Antiseptica durch den Mund und Nasenrachen nicht gut möglich, ohne zugleich nachtheilig zu wirken; er begnügt sich deshalb längst mit einer sanften mechanischen Entfernung der Membranen und Reinigung mittelst milder Salzlösungen (Borsäure) oder reinen Wassers durch die Nase. LEFFERTS.

160) **A. Campbell White. Zur Behandlung der Diphtheritis. (The treatment of diphtheria.)** *N. Y. Med. Record. 3. November 1894.*

Verf. behandelte 3 Reihen von Diphtheriefällen, die erste blos mittelst gründlicher 1—3 stündlich wiederholter Irrigation der Nase und des Halses mit warmer Salzlösung; die zweite Reihe ausserdem noch mit einem Spray von 25—50 procentiger Wasserstoffsuperoxydlösung; bei der dritten Serie von Fällen endlich wurde statt der einfachen Salzwasserlösung eine Sublimatlösung irrigirt. Verf. kommt zu dem Schlusse: dass ein häufiges Auswaschen der Luftwege die Dauer der Krankheit und die Menge der Membranen verringert. Der Zusatz von Antisepticis aber wirkt nur reizend auf die Schleimhaut, so dass die Membranen sich eher noch ausdehnen und länger dauern, oder aber es entsteht die Gefahr einer Vergiftung wie bei Sublimatzusatz. Ausserdem reicht der Spray gewöhnlich nicht weit, so dass er die Stellen, an denen er wirken soll, meist garnicht erreicht. Einfache milde Salzlösungen oder auch blosses warmes Wasser dagegen sind leicht zu appliciren, bequem für den Patienten und leisten genau dasselbe, was mit Antisepticis erreicht werden könnte. LEFFERTS.

161) **Roth** (Strassburg). **Zur bacteriologischen und klinischen Diagnose und Therapie der Diphtherie.** *Jahrb. f. Kinderheilk. XXXVIII. 1. 1894.*

K. untersuchte 22 Fälle echter epidemischer Diphtherie bacteriologisch und fand 21 mal den Löffler'schen Bacillus, 1 mal Streptokokken. Den negativen Befund in dem einen Falle ist K. geneigt auf äussere Umstände zu beziehen. Bei je einem Masern- und einem Scharlachkinde waren im Rachen nur Streptokokken, keine Diphtheriebacillen vorhanden. Die Diphtherie wird in der Strassburger Kinderklinik local behandelt und zwar vorwiegend mit wässriger Carbolpapayotinlösung (Papayotin. 10 pCt., Acid. carb. liquef. 5 pCt.). Daneben wird ½ proc. Kochsalzlösung mit Glycerin (1 : 3 Th. Wasser) inhalirt. Auch Pinselungen mit 5 proc. alkoholischer Chinolinlösung und mit Liquor ferri sesquichlor. gaben gute Resultate.

SEIFERT.

162) **A. Kums. Neue Behandlungsweise der Diphtheritis mit Sublimat. (Nouvelle méthode de traiter l'angine diphthéritique par la sublimé corrosif.)** *Annales et Bulletin de la Société de Méd. d'Anvers. October 1894.*

Der Autor lässt innerlich, als Mund- und Gurgelwasser und als Naseneinspritzung, sehr häufig halbstündlich bis zweistündlich, je nach der Schwere des Falles, eine Sublimatlösung 0,01 : 100 anwenden. Die Maximaldosis pro die ist ein Centigramm.

BAYER.

163) **Goubeau u. J. Lulot. Die Behandlung der diphtheritischen Angina durch Bepinselungen des Schlundes mit einer concentrirten Lösung von Sublimat in Glycerin. (Traitement de l'angine diphthéritique par les badigeonnages du fond de la gorge avec une solution concentrée de sublimé dans la glycerine.)** *Archives générales de médecine. September-October 1894.*

Die Verff. waren die ersten, welche diese Pinselungen des Halses mit einer Sublimatlösung in Glycerin $\frac{1}{20}$ in Anwendung zogen. Die Pinselungen werden 2 mal am Tage gemacht, bei schweren Fällen auch 3 oder 4 mal. Gleichzeitig werden Ausspülungen mit Borlösung angeordnet, sowie ein tonisches Regime. Von 64 nach dieser Methode behandelten Fällen, von denen 18 als milde, 21 als mittelschwer, 16 als schwer, 8 als toxisch und 1 als hypertoxisch bezeichnet werden, starben nur 3, das ist eine Mortalität von 4,7 pCt. Die localen und Allgemeinsymptome bessern sich unter dieser Behandlung sehr schnell, wenn man sie nur gleich zu Anfang der Krankheit in Anwendung zieht.

A. CARTAZ.

164) **X. Kresolindämpfe bei Diphtheritis. (Kresoline-vapour in diphtheria.)** *Lancet. 3. November 1894.*

Nach 7 Stunden trat Besserung ein.

ADOLPH BRONNER.

165) **J. B. Casello. Die Behandlung der Diphtheritis nach den Indicationen ihrer Aetiologie und Pathologie. (Treatment of diphtheria as indicated by its etiology and pathology.)** *Cincinnati Lancet-Clinic. 3. November 1894.*

Nichts Bemerkenswerthes.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

166) **Levassort. Petroleum bei Diphtheritis. (Diphthérie et pétrole.)** *Normandie médicale. 1. October 1894.*

L. berichtet über einen Fall von schwerer diphtheritischer Angina, den er behandelt und geheilt hat durch 3 stündliche Einpinselung der afficirten Partien im Halse mit Petroleum, ferner durch Einstäubungen von Phenol und Cubeben und Calcium sulfur. innerlich.

A. CARTAZ.

167) **Redactionelle Notiz. Die Behandlung der Diphtheritis. (Treatment of diphtheria.)** *N. Y. Policlinic. 15. December 1894.*

Eine Besprechung der Behandlungsmethode von Am Ende (New-York), der den Rachen 1 stündlich mit Boroglycerid. composit. einpinseln lässt und gleichzeitig innerlich grosse Dosen Chinin giebt. Das Boroglycerid ist zusammengesetzt aus 30 Boroglycerid, 30 Alaun, 180 Glycerin und 20 Tropfen Creosot.

Von zahlreichen nach dieser Methode behandelten Fällen starb nicht einer. Es wird angenommen, dass durch die hydragoge Wirkung die Bacillen mechanisch herausgeschwemmt und dass sie dann durch das Antisepticum getödtet werden.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

168) **B. van D. Hedges. Die rationelle Behandlung der Diphtheritis. (The rational treatment of diphtheria.)** *N. Y. Med. Record. 1. December 1894.*

Localbehandlung: 1. Gründliche Desinfection mit Wasserstoffsuperoxydlösung, die mit Natr. bicarbonicum neutralisirt ist. 2. Darreichung von frischem Fichtennadelsaft, allein oder — bei bestehender Anämie — zusammen mit Tct. ferri chlorat. 3. Application von Papoid, als Pulver eingeblasen oder in starker Lösung aufgepinselt.

Constitutionelle Therapie: 1. Alkohol in heroischen Dosen. 2. Subcutaninjectionen von Strychnin bis zur Steigerung der tiefen Reflexe. 3. Kräftigste Ernährung.

LEFFERTS.

169) **D. Goldschmidt. Der interne Gebrauch von verdünntem Eisenchlorid bei der Behandlung der Diphtherie. (De l'usage interne du perchlorure de fer liquide dilué comme traitement de la diphthérie.)** *Revue de médecine. Octob. 1894.*

G. giebt bei diphtheritischer Angina 2 stündlich 1 Kaffeelöffel verdünnten Eisenchlorids (1 : 20 Aqu. destill.) innerlich und 5 Minuten darauf 1 Tasse Milch. Dabei lässt er auch local im Halse behandeln, die Pseudomembranen entfernen, reinigen etc. Greift die Diphtherie auf die Nase über, so lässt G. diese mit derselben Lösung durchspülen. Auf 27 in dieser Weise behandelte Fälle kamen nur 2 Todesfälle.

A. CARTAZ.

170) **Schubert** (Reinerz). **Chlorwasser, ein Specificum gegen Diphtherie.** *Dtsch. Mediz.-Zeitung. 29. IV. 1894.*

Rp. Aq. chlori 4,0, Aq. destill. 20,0 M. D. S. bei schweren Fällen stündlich, bei minder schweren 2—3 stündlich 1 Theelöffel voll und mit der Medication nachlassen, je nachdem sich die fortschreitende Besserung zeigt.

SEIFERT.

171) **A. Bonain. Die Intubation des Kehlkopfes bei Croup nach der O'Dwyer-schen Methode. (Intubation du larynx dans le croup par la méthode d'O'Dwyer.)** *Semaine méd. 3. October 1894.*

Eine Uebersicht über die Frage; Verf. stellt einen Vergleich an zwischen der genannten Operation und der Tracheotomie. LUC.

172) **L. Hauck. Intubation. (Intubation.)** *Med. Review (St. Louis). 17. November 1894.*

Nichts von Interesse. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

173) **von Rankl. Intubation. (Intubation.)** *N. Y. Medical Record. 17. November 1894.*

Bei einem Vergleich zwischen Tracheotomie und Intubation stellt sich heraus, dass in den ersten 2 Lebensjahren diese bessere Resultate giebt als jene.

LEFFERTS.

174) **W. B. Pusey. Bericht über 107 Intubationen. (Report of 107 intubations.)** *Am. Practitioner and News. 6. October 1894.*

48 Fälle (= 44,8 pCt.) kamen zur Heilung. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

175) **Bókai** (Budapest). **In welchem Verhältnisse findet bei der O'Dwyer'schen Intubation die Hinabstossung der Pseudomembranen und die Verstopfung des Tubus statt und welche Bedeutung haben diese Complicationen?** *Jahrb. für Kinderheilk. XXXVIII. Bd. 1894.*

Gestützt auf seine Erfahrungen an mehr als 500 Intubationen kommt B. zu der Ansicht, dass die Hinabstossung der Pseudomembranen — während der Intubation — verhältnissmässig selten zu beobachten sei und verhängnissvoll nur in den seltensten Fällen werde. Die eingetretene Asphyxie könne durch schleunige Extubation meistens beseitigt werden, indem die mobil gemachte Pseudomembran nach Entfernung der Theile sozusagen sofort expektorirt wird. Wenn dies nicht der Fall wäre, so sei die künstliche Athmung einzuleiten resp. die sekundäre Tracheotomie auszuführen. Die Obturirung der Theile durch Pseudomembranen ist keine häufige Erscheinung und wird, im Falle sie sich ereignet, meist durch Expektoration des Tubus unschädlich. Damit die event. Obturation nicht verhängnissvoll werde, ist continuirliche Aufsicht resp. die ununterbrochene Aufmerksamkeit eines geschulten Pflegers unumgänglich nothwendig. SEIFERT.

176) **Carstens** (Leipzig). **Ueber das Verfahren der Intubation bei der diphtherischen Kehlkopfstenose.** *Jahrb. f. Kinderheilk. XXXVIII. 1894.*

C. berichtet über 100 im Leipziger Kinderkrankenhaus ausgeführte Intubationen. Von diesen wurden 30 geheilt, 7 Kinder mussten nachträglich tracheotomirt werden, von diesen starben 6. An dem O'Dwyer'schen Intubator hat C. mehrfache Verbesserungen angebracht. Die Intubationen werden an den in Rückenlage befindlichen Kindern ausgeführt. Die Intubation wurde vorgenommen, sobald das stenotische Stadium den Höhepunkt erreicht hatte.

War die Ernährung der Kinder schwierig, so wurden Nährklystiere oder

Sondenernährung angewandt. Eine gute Expektoration gestaltet die Prognose günstiger, schlechte Expektoration disponirt zur Entstehung von Pneumonie. Auch die Kanüle von O'Dwyer wurde etwas abgeändert. SEIFERT.

177) **Francis P. Ball. Bemerkungen über pseudomembranösen Croup und diphtheritischen Croup und den Werth der Intubation. (Remarks on pseudo-membranous croup and diphtheritic croup and the value of intubation.)** *Philad. Med. News. 10. November 1894.*

Verf. meldet alle Fälle von Croup als diphtheritisch an und verlangt ihre Isolirung, ohne jedoch die Identität von Croup und Diphtherie als sicher anzunehmen, sondern nur um der praktischen Schwierigkeit der Differentialdiagnose willen.

Die Intubation hat in seinen Fällen die Mortalität auf 26,77 pCt. herabgesetzt, d. h. etwa 1 auf 4 Operationen führt zur Heilung. Verf. ist der Ansicht, dass bessere Kenntniss des Eingriffs die Sterblichkeit noch weiter herabsetzen wird, indem man die Intubation dann nicht als ultimum refugium mehr betrachten, sondern sie frühzeitig vornehmen wird. LEFFERTS.

178) **Baumecker. Tracheotomie und Intubation bei Diphtherie.** Dissert. Marburg. 1894.

Dem Referenten nicht zugänglich. SEIFERT.

179) **Bayer. Tracheotomie auf dem Lande.** *Zeitschrift f. ärztliche Landpraxis. 1894.*

Dem Referenten nicht zugänglich. SEIFERT.

180) **Settgast. Erfahrungen über Tracheotomie.** Festschr. d. Ver. d. Aerzte d. Reg.-Bez. Düsseldorf. Wiesbaden. 1894.

Dem Referenten nicht zugänglich. SEIFERT.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

181) **B. Fränkel. Die keilförmigen Knorpel des Kehlkopfs sind nicht von Wrisberg entdeckt worden und können deshalb nicht nach ihm benannt werden. Eine posthume Prioritätsreclamation.** *Arch. f. Laryngol. u. Rhinologie. Bd. II. Heft 2. 1894. N. Y. Med. Record. 27. April 1895.*

F. beweist durch ausführliche Belege, dass die fraglichen Knorpel, die er fortan als keilförmige zu bezeichnen vorschlägt, zuerst von Morgagni, dann von dem holländischen Anatom Peter Camper gesehen und beschrieben wurden; 10 Jahre später erst beschrieb sie Wrisberg. F. KLEMPERER.

182) **J. Hagen-Torn** (Petersburg). **Ein Fall von Dysphagie geheilt durch Massage. (Slutschai disphagii isletschenni massaschom.)** *Boln. Gaz. Botc. No. 20. 1894.*

Die Dysphagie war acut entstanden, laryngoscopirt wurde Pat. nicht. Die

Untersuchung mit dem Finger ergab eine stark vergrösserte Epiglottis. (Es scheint eine acute Kehlkopfentzündung, vielleicht Erysipelas laryng. vorgelegen zu haben. Anm. d. Ref.) LUNIN.

183) **A. Sokolowski** (Warschau). **Ein Beitrag zur Pathologie und Therapie der chronischen hypertrophischen Kehlkopfentzündung. (Laryngitis chronica hypertrophica, Laryngitis hypoglottica chronica.)** *Archiv f. Laryngol. u. Rhinolog. Bd. II. Heft 1. 1894.*

Verf. giebt die ausführlichen Krankengeschichten von 6 Fällen und bespricht in gemeinsamer Epikrise, was sich aus seinen Beobachtungen für die Aetiologie, Symptomatologie und Therapie dieses Leidens ergiebt. Die anatomischen Untersuchungen, die in jedem Falle angestellt sind, werden durch 4 schöne Abbildungen illustrirt.

Verf. kommt zu folgenden Schlüssen:

1. Die sogenannte hypertrophische subchordale Kehlkopfentzündung ist in unserem Lande ein verhältnissmässig ziemlich seltener Process, welcher meist bei der Landbevölkerung auftritt,

2. einen klinischen Zusammenhang mit der sog. Blenorrhoea Stoerkii konnte ich in meinen Fällen nicht feststellen,

3. in der Mehrzahl der Fälle wurde in der Anamnese Typhus angegeben — letzterer scheint in Uebereinstimmung mit den Beobachtungen anderer Autoren eine gewisse ätiologische Rolle zu spielen;

4. vom anatomisch-pathologischen Standpunkte aus ist der Process als eine chronische hypertrophische Entzündung, die unter Bildung eines Narbengewebes endet, anzusehen. In einer gewissen Gruppe der Fälle ist als Entzündungserreger der specifische Bacillus rhinoscleromatis anzunehmen;

5. als die einzig richtige Therapie ist die so früh wie möglich ausgeführte Laryngofissur mit tiefer Excision der gewucherten Kehlkopfabschnitte zu betrachten. F. KLEMPERER.

184) **Bemerkung zu dem vorstehenden Aufsatz.** *Archiv f. Laryngol. u. Rhinol. Bd. II. Heft 2. p. 280.*

Srebrny weist auf einen Fall von Rhinosclerom mit Nachweis der Sclerom-Bakterien hin, den er 1892 (Noviny Lekarskie No. 3) publicirt hat; derselbe ist von Sokolowski in seinen Literaturangaben übergangen worden.

F. KLEMPERER.

185) **Wm. S. Jones. Prolaps des Ventrikels des Kehlkopfs. (Prolapse of the laryngeal ventricle.)** *Philad. Med. News. 2. Februar 1894.*

Verf. fand beim Untersuchen des Larynx eine hellrothgefärbte breite Masse gerade oberhalb des linken Stimmbandes. Er zerstörte dieselbe in wiederholten Sitzungen mittelst des Galvanokauters, wobei er sich einer besonderen Electrode bediente, die an der linken Seite zum Schutze des Taschenbandes eine Art Schild trug. Der Erfolg war ein guter. LEFFERTS.

186) **B. Fränkel. Nachtrag zu dem Aufsatz über den Prolapsus des Morgagnischen Ventrikels im ersten Bande dieses Archivs. S. 369.** *Arch. f. Laryngol. u. Rhinol. Bd. II. Heft 1.*

In den Literaturangaben seines früheren Aufsatzes hat F. einen Fall von M. Bresgen (Frankfurt a. M.) übersehen; er führt auf Wunsch des Autors diesen Fall nachträglich an, ohne ihn jedoch als wirklichen Prolaps des Ventrikels anzuerkennen.

F. KLEMPERER.

187) **B. Fränkel. Pachydermia laryngis, ihre Geschichte, pathologische Anatomie und Pathologie.** *Arch. f. Laryngol. u. Rhinolog. II. Bd. Heft 1. 1894, p. 106.*

188) **O. Chiari. Pachydermia laryngis, ihre klinische Bedeutung, Eintheilung und Therapie.** Ebenda. *p. 123.*

Beide Arbeiten sind eine Wiedergabe der auf dem XI. internationalen medicinischen Congresse zu Rom 1894 von den Verff. erstatteten Referate. Soweit ein kurzes Referat den reichen Inhalt derselben wiederzugeben vermag, ist dies im Congressbericht des Centralblattes (Bd. XI. No. 1, p. 48 und 49) geschehen. Hier kann nur auf die Originalarbeiten hingewiesen werden.

F. KLEMPERER.

189) **A. Kuttner. Erklärung.** *Arch. f. Laryngol. u. Rhinol. Bd. II. Heft 2. p. 279.*

Verf. wendet sich gegen die Bemerkung Fränkel's, (in der vorstehend referirten Arbeit), dass er (K.) das Vorkommen von Ulcerationen am pachydermatischen Stimmbandwulst bestritten habe.

F. KLEMPERER.

190) **Caparet. Chirurgische Behandlung der Kehlkopftuberculose. (Traitement chirurgicale de la tuberculose laryngée.)** *La Presse Méd. Belge. Bruxelles. 1894. p. 193.*

Wurde gelegentlich des Berichtes über die IV. Jahresversammlung belgischer Laryngologen und Otologen besprochen.

BAYER.

191) **Paul Bergengrün. Sieben Fälle von günstig verlaufener resp. geheilter Kehlkopfschwindsucht.** *Archiv für Laryngol. u. Rhinologie. Bd. II. Heft 2. 1894.*

Verf. theilt die ausführlichen Krankengeschichten von 7 Fällen von Larynxphthise mit. Der erste Patient ist seit 10 Jahren vollständig geheilt, bei dem zweiten trat erst nach 10 Jahren ein Recidiv ein, das auch wieder zur Heilung kam; die anderen Fälle verliefen in nicht ganz so günstiger, aber doch noch recht befriedigender Weise. Die lokale Behandlung bestand in Einblasungen von Jodoform und Jodol, Milchsäurepinselungen und Curettement, allen drei schreibt Verf. grösse Bedeutung zu. Von grösstem Werth erscheint ihm die Allgemeinbehandlung und Aufenthalt der Pat. auf dem Lande, kräftige Ernährung etc. Ferner verlangt er Schonung des kranken Organs; energische Schweigcur. Für das Kreosot ist er wenig eingenommen; in einem Falle gab er Tuberculin, anscheinend mit Nutzen.

F. KLEMPERER.

192) **P. Bergengrün. Zwei weitere Fälle von Kehlkopflepra.** *Arch. f. Laryngologie u. Rhinologie. Bd. II. Heft 2.*

Verf. fügt den beschriebenen 9 Fällen von Laryngitis leprosa zwei neuere Beobachtungen an.

F. KLEMPERER.

193) **Guder. Beitrag zum Studium des Reflexhustens, speciell des Ohrhustens. (Contribution à l'étude de la toux réflexe en particulier de la toux auriculaire)** *Revue de laryngologie. No. 6. 15. März 1894.*

Verf. untersuchte 400 Ohren und constatirte den Reflexhusten bei 21 pCt. der Fälle. Derselbe wird besonders leicht durch einen harten Körper (trockener und beweglicher Cerumenpfropf, Ohrspeculum) bei Personen zwischen 10 und 20 Jahren hervorgerufen, ferner beim Berühren der hinteren unteren Partie des Gehörgangs. Der Husten rührt her von einer Reizung des Auricularastes des Vagus, der den Reiz auf sein Centrum und von diesem anf die Kehlkopfnerven übermittelt.

E. J. MOURE.

194) **E. B. Bayliss. Die locale Behandlung chronischen Hustens. (The local treatment of chronic coughs.)** *N. Y. Med. Record. 24. Februar 1895.*

Der Husten ist ein Zeichen von Bronchitis, Laryngitis, Tracheitis etc.; er ist nur ein Symptom, jedoch oft das störendste von allen und deshalb das wesentlichste für die Behandlung.

Nicht jeder Husten, vielleicht nicht einmal die Mehrzahl hat ihren Sitz in den Lungen; sehr viele chronische und recht quälende Husten haben in den obersten Luftwegen ihren Ursprung; die Zungen-, Gaumen- und Schlundtonsillen sind nicht selten für den Husten verantwortlich. Das Verhältniss von Ursache und Wirkung ist dabei nicht immer klar; oft steht jedoch die lokale Störung im Halse zu dem Husten in demselbem Verhältniss, wie eine sensitive Nasenmuschel zum Asthma.

LEFFERTS.

195) **Jul. Erőss. Die Therapie des Keuchhustens.** *Pester medic. chir. Presse. 1894. 885, 935.*

Verf. bespricht auf Grund eigener reicher Erfahrungen die therapeutischen Wirkungen der bekannteren Mittel, wie: Phenacetin, Antipyrin, Antifebrin, ferner Bromoform (tropfenweise innerlich) und Einblasungen von Resina Benzoes in die Nasenhöhle. Letzteren 2 Mitteln legt E. besonderen Werth bei, insbesondere, wenn des Bromoform frühzeitig gegeben wird. Benzoeeinblasungen haben in 60 pCt. seiner Fälle Ausgezeichnetes geleistet. Die Anfälle wurden milder, seltener und die Krankheitsdauer kürzer.

E. bemerkt, dass wir dieser Krankheit nicht ohnmächtig gegenüberstehen, dass wir etwa in der Hälfte der Fälle recht günstig einwirken — wenn auch nicht den Keuchhusten coupiren können.

Was die Mittel anbelangt, so hängt ihre Wirkung von der Individualität der Kranken ab, ferner von der Art der Epidemie; daher kommt es, dass man zu verschiedenen Zeiten mit den Medicamenten verschiedene Erfahrungen macht, und bald das eine, bald das andere vorzieht.

v. NAVRATIL.

196) **Siebenmann** (Basel). **Zwei Fremdkörper mit seltenem Sitz in den Luftwegen.** *Corr.-Bl. f. Schweizer Aerzte. No. 9. 1894.*

1. Ein keilförmiges Stück eines Wallnusskerns einem 6jähr. Knaben im linken Hauptbronchus sitzend und nach 35 Tagen mit Hustenstoss in gequollenem Zustande ausgestossen. Wohlbefinden, lautes Gurren bei tiefem Athmen und aufgehobenem Vesiculärathmen auf der Seite des Fremdkörpers, waren hervorzuhebende Erscheinungen.

2. Ein 20-Rappenstück (2 cm Durchmesser), welches einem 1jährigen Kind beim Versuch der Entfernung aus dem Munde in den Nasenrachenraum hinaufgeschoben worden war und welches mit der Fläche in der Frontalebene dort 4 Tage lang verweilte. Das Kind schnarchte auffallend, schrie viel und fieberte. Das Geldstück erwies sich bei der Entfernung fest eingepresst einerseits an die Vereinigungsstelle von weichem und hartem Gaumen und Septum, andererseits an das Rachendach, also die Choanen von hinten einigermassen abschliessend.

JONQUIÈRE.

197) **P. Bush. Fremdkörper im Bronchus. (Foreign body in bronchus.)** *Brit. Med. Journ. 23. März 1895.*

Eine Nadel von 3 Zoll Länge wurde 3 Monate nach der Tracheotomie aushustet. Demonstration derselben in der Bristol Medical Society.

ADOLPH BRONNER.

198) **M. Margulies** (Odessa). **Ein Fall von vermeintlichem Fremdkörper in der Trachea. (Slutschai mnimawo inorodnawo tela w dihatelnom gorle.)** *Chir. ljet. 1894. No. 1.*

Pat., der seit 16 Jahren eine Trachealcanüle trug, behauptete, das Trachealstück derselben sei ihm in die Luftröhre hineingefallen und klagt über heftige Hustenanfälle und Athemnoth. Nach Erweiterung der Trachealwunde in der Narcose und Untersuchung der Trachea konnte kein Canülenfragment gefunden werden. Als Pat. aus der Narcose erwacht, wird ihm mitgetheilt, die Canüle sei entfernt worden. Die Hustenanfälle und die Athemnoth waren sofort geschwunden.

LUNIN.

199) **A. Coculet. Tracheotomie nach zusammengesetzter Methode. (Trachéotomie par procédé mixte.)** *Revue internat. de Rhinol., Otol. de Natier. 1894. No. 10. p. 109—112.*

Verf. empfiehlt den Gebrauch von Thermocauter und Messer.

E. J. MOURE.

200) **T. Krasnoboew** (Moskau). **Naht der Trachea nach der Tracheotomie. (O schwe dihatelnawo gorla pri tracheotomii.)** *Chir. ljet. 1894. No. 4.*

Verf. schlägt vor die Luftröhrenwunde, nach Tracheotomien wegen Fremdkörpern, sofort durch Naht zu schliesen und die Hautwunde zu vernähen. 7 mal wurde dieser Vorschlag an Kindern ausgeführt und jedesmal mit gutem Erfolge.

LUNIN.

201) **Grabower** (Berlin). **Ueber die Kerne und Wurzeln des N. accessorius und N. vagus und deren gegenseitige Beziehungen; ein Beitrag zum Studium der Innervation des Kehlkopfes.** *Archiv f. Laryngol. u. Rhinol. Bd. II. H. 2.*

Verf. hat zwei Serien von Schnitten vom Rückenmark und der Med. oblong. erwachsener Menschen angefertigt, welche sich von der Gegend des 4. Halsnerven bis zum Pons erstreckten. Die eine vollständigere Serie umfasste 736 Schnitte von 4 Mikren Dicke. Als Resultat der überaus fleissigen Untersuchung ergab sich Folgendes: Der Accessorius-Kern hat seinen Sitz nur im Vorderhorn des Rückenmarks, theils im dorsalen, theils im medicalen Theile desselben. Er hört etwa in der Mitte der Pyramidenkreuzung auf. An seiner Stelle treten in regelloser Weise eine Anzahl Kerne auf, welche sich höher oben zum Hypoglossus-Kern formiren. Der Accessorins ist also ein rein spinaler Nerv, ein cerebraler Accessorius existirt nicht.

Der motorische Vaguskern beginnt erst lange nachdem Accessorius-Kern und -Wurzeln verschwunden sind, so dass eine Beziehung zwischen beiden ausgeschlossen ist.

Es ist sehr wahrscheinlich, dass der Nucleus ambiguus das letzte Centrum für die motorische Kehlkopf-Innervation darstellt. Der N. accesorius hat mit der Innervation des Kehlkopfs nichts zu thun. Die gleichzeitige Kehlkopfmuskel- und Cucullaris-Lähmung erklärt Verf. durch den reichlichen Faseraustausch, der im Foramen jugulare zwischen Accessorius und Vagus statthat.

Eine Anzahl ausserordentlich fein reproducirter Abbildungen illustriren die geschilderten Befunde.

F. KLEMPERER.

202) **Lépine** (Lyon). **Zungen- und Kehlkopfstörungen bei Tabes. (Troubles glosso-laryngés dans le tabes.)** *Lyon méd. 1894. p. 233.*

Es handelt sich um einen alten Tabiker, der statt der classischen Kehlkopfsymptome mit inspiratorischem Stridor Aphonie mit sehr unwesentlichen Athemstörungen darbot. Die Bewegungen der Zunge waren sehr langsame. Die Stimmbänder waren nicht geröthet und besassen gute Beweglichkeit. Die Erscheinungen dauerten 48 Stunden, ebenso lange, wie ein gleichzeitiger Anfall lancinirender Schmerzen.

LUC.

203) **S. Moritz. Die laryngealen Erscheinungen bei Tabes. (The laryngeal manifestations of locomotor ataxy.)** *Med. Chronicle. 1894. p. 144.*

Besprechung der Arbeit von Burger: Die laryngealen Störungen der Tabes dorsualis.

ADOLPH BRONNER.

204) **Brissaud** (Paris). **Ueber Aphasie mit Articulationsstörung und Aphasie mit gestörter Intonation. (Sur l'aphasie d'articulation et l'aphasie d'intonation.)** *Semaine méd. 1894. p. 341.*

Verf. beschreibt einen Fall der ersten Art, in welchem der Kranke seinen Gedanken durch verschiedenartige Intonation Ausdruck zu geben vermochte; er spricht dann von einer Aphasie durch Intonationsstörung, die durch corticale Läsion bedingt sein könnte, führt aber für diese Form keinen Beleg an.

LUC.

205) **A. M. Eldar. Etwas über Register in der menschlichen Stimme. (Iets over registers in de menschelyke stem.)** Utrecht. Reyers. 1894. 16 S.

Nichts Neues.

H. BURGER.

206) **Edm. Meyer. Ein Fall von rechtsseitiger Recurrenslähmung in Folge von Aneurysma der rechten Arteria subclavia.** *Archiv f. Laryngol. u. Rhinologie. Bd. II. H. 2. 1894.*

Pat. ist 38 Jahre alt. Hinter der rechten Clavicula ein kinderfaustgrosser pulsirender Sack; die Carotis erheblich verbreitert, hinter dem rechten Kieferwinkel sackartig ausgedehnt.

Ausser der Lähmung des rechten Stimmbandes bemerkenswerth die starke pulsirende Bewegung der rechten Pharynxhälfte.

F. KLEMPERER.

207) **Treitel. Zwei Fälle von Recurrenslähmung.** *Deutsche med. Wochenschrift. 1895. No. 20.*

Im ersten Fall war im Verlauf eines acuten Gelenkrheumatismus Heiserkeit aufgetreten, die auf linksseitiger Recurrenslähmung beruhte. Tr. fand eine Dämpfung auf dem Manubrium sterni, die sich wesentlich auf die linke Hälfte beschränkte und den linken Rand etwas überschritt. Er hält diese Dämpfung für hervorgerufen durch Schwellung mediastinaler Lymphdrüsen, die dann auch die Recurrenslähmung bedingt haben soll. Heilung in 14 Tagen mit Verschwinden der Dämpfung. Der zweite Fall, chronisch, rechtsseitig, bei einem Mann von 59 Jahr, welcher gleichzeitig ein Struma cystica des rechten Lappens hatte, wird auf einen peristrumitischen Process zurückgeführt. Die Struma wurde entfernt, die Lähmung blieb; bei der Operation zeigte sich, dass der rechte N. reccurrens intact war.

LANDGRAF.

208) **Mendel. Bemerkungen über einen Fall von Kehlkopflähmung. (Note sur un cas de paralysie laryngée.)** *Archives internation. de laryngologie. No. 1. 1895.*

Verf. zieht aus dem Falle, dessen Krankengeschichte er mittheilt, folgende Schlüsse: 1. Die Kehlkopflähmungen bei Tabes können zurückgehen; 2. sie können ihre Natur ändern, d. h. von einem Nervenast auf einen anderen übergehen, wie dies ja auch bei den Augenmuskellähmungen derselben Categorie der Fall ist.

E. J. MOURE.

209) **Stewart und Gray. Laryngeale Lähmungen. (Laryngeal paralysis.)** *Brit. Med. Journ. 30. April 1895.*

Kurzer Bericht über einen in der Nottingham Medical Society gehaltenen Vortrag.

ADOLPH BRONNER.

210) **Michael Grossmann. Ueber die laryngealen Erscheinungen bei einem in der Brusthöhle sich entwickelnden Aneurysma.** *Arch. f. Laryngol. u. Rhinol. Bd. II. Heft 2. 1894.*

G. beobachtete bei einem Pat. längere Zeit hindurch Erstickungsanfälle mit darauf folgender bald länger, bald kürzer andauernder Stimmbandlähmung. Später

blieb das Stimmband dauernd gelähmt, die Erstickungsanfälle hörten damit auf: zugleich waren die früher fehlenden sonstigen Zeichen eines Aneurysma aortae deutlich hervorgetreten. Verf. hält dies Vorkommniss für häufiger; er sucht den Laryngospasmus mit nachfolgender vorübergehender Stimmbandlähmung durch den gleichmässigen sanften, allmählich wachsenden Druck auf den Recurrens zu erklären.

F. KLEMPERER.

211) **Arnold Chaplin. Aneurysma des Arcus aortae. (Aneurism of aortic arch.)** *British Medical Journal. 12. Januar 1895.*

Demonstration eines grossen Aneurysma des Aortenbogens am 12. December 1894 vor der Hunterian Society. Dasselbe hatte Lähmung des linken Stimmbandes verursacht, welches in Cadaverstellung stand. Nichts von besonderem Interesse; ebenso wenig die Discussion.

SEMON.

212) **S. Moritz. Ein Fall ausgedehnten geschwürigen Verlustes der hinteren Trachealwand mit Perforation in den Oesophagus und dabei ausbleibender Schluckpneumonie.** *Arch. f. Laryngol. u. Rhinol. Bd. II. Heft 2. 1894.*

Die wesentlichsten Züge des bemerkenswerthen Falles sind in der Ueberschrift angedeutet. Das Präparat, von dem eine Abbildung der Arbeit beigegeben ist, wurde in der Patholog. Gesellschaft zu Manchester (Mai 1894) demonstrirt.

F. KLEMPERER.

f. Schilddrüse.

213) **Martin B. Schmidt. Ueber Zellknospen in den Arterien der Schilddrüse.** *Virchow's Archiv. Bd. 137. p. 330.*

Verf. beschreibt eigenartige Zellknospen, die an der Wandung der kleinen Schilddrüsenarterien des Menschen vorkommen und knopfförmig ins Arterieninnere vorspringen. Dieselben finden sich normaler Weise bei jedem Menschen, nur bei Neugeborenen sind sie spärlich und fehlen bisweilen ganz. Eine Bedeutung für die Function der Schilddrüse schreibt ihnen Verf. nicht zu. Er glaubt, dass die Entwicklung der Knospen abhängig ist vom Uebergang der foetalen Structur der Drüse in die bleibende, und sieht in ihnen eine Anpassungserscheinung der relativ zu weiten Arterien.

F. KLEMPERER.

214) **C. H. Mc. Ibraish. Ein Fall von Nebenschilddrüse, welche in den Mund hineinragte. (Notes on a case of accessory thyroid gland projecting into the mouth.)** *Brit. Med. Journ. 1. December 1894.*

Mädchen von 17 Jahren bemerkte an ihrer Zungenbasis eine Geschwulst von Wallnussgrösse. (Wann zuerst bemerkt?) Dieselbe wurde unter starker Blutung entfernt.

ADOLPH BRONNER.

215) **Schwartz. Tuberculöser Abscess der Schilddrüse. (Abscès tuberculeux du corps thyroide.)** *Journ. d. prat. 27. Oct. 1894. Arch. de laryngol. No. 6. 1894.*

Der 30jährige Patient suchte das Hospital auf wegen Heiserkeit, Schluck-

beschwerden und Anschwellung der vorderen Halspartie. Es fand sich eine Lähmung des rechten Stimmbandes durch Druck auf den Recurrens und Ungleichheit der Pupillen. Die Schilddrüse zeigte einen Tumor, der an eine Cyste denken liess. Beim Einschneiden entleerte sich ein käsiger Eiter, der auf Meerschweinchen verimpft Tuberculose erzeugte. Der Abscess heilte. (Des Zustandes des Larynx bei der Entlassung ist nicht Erwähnung gethan.) A. CARTAZ.

216) **Sieveking** (Hamburg). **Zum Kapitel der Schilddrüsenerkrankungen.** *Centralblatt f. innere Medicin. No. 52. 1894.*

Bei einem 42jährigen Manne war intra vitam die Diagnose gestellt worden: Struma hyperplastica und Carcinoma ventriculi mit secundären Metastasen in Leber und Bauchfell. Die Autopsie und mikroskopische Untersuchung ergaben, dass es sich um eine primäre Geschwulst (Rundzellensarkom) der Schilddrüse handelte, welche nicht auf die Nachbarschaft übergegriffen, sondern wahrscheinlich auf dem Wege der Blutbahn zu einer allgemeinen Sarkomatose sämmtlicher inneren Organe geführt hatte. Die Geschwulst hatte die Schilddrüse gleichmässig durchwuchert bis auf wenige isolirte nur mikroskopisch nachweisbare Reste der Drüsensubstanz. Letztere mögen genügt haben, um Myxoedem resp. Tetanie hintanzuhalten. SEIFERT.

217) **Chas. H. Dickson. Bemerkungen über den Kropf und Verbesserungen im therapeutischen Apparat desselben. (Notes on goitre and improvements in the apparatus for its treatment.)** *N. Y. Med. Record. 13. October 1894.*

In den Frühstadien der einfachen Hypertrophie der Schilddrüse soll ein Strom von 100--150 Milliampères 10 Minuten lang einwirken, und zwar legt man eine Thonelectrode auf den Kropf auf und eine breite Drahtnetzelectrode zwischen den Schultern. Ist die Punction nothwendig, so soll man den Strom doch nicht unter 50 M.-A. nehmen und ihn 8—10 Minuten einwirken lassen. Dabei ist sorgfältig auf Antiseptik zu achten und auch darauf, dass der ausserhalb der Kropfkapsel befindliche Theil der Nadel gut isolirt ist. Die besten Resultate ergab die Behandlung beim reinen Cystenkropf. D. saugte bei diesem den Cysteninhalt an, injicirte dann eine heisse Kochsalzlösung (3,75:30,0) und liess durch den Trocart hindurch einen Strom von 50--100 M.-A. 10 Minuten lang einwirken; die Salzlösung wurde dann wieder herausgezogen. Die Punction allein hält Verf. für nicht ungefährlich, Ortswechsel nnd hygienische Maassnahmen für werthvolle Unterstützungsmittel jeder Therapie. LEFFERTS.

218) **W. P. Thomas. Cyste der Schilddrüse. Entfernung. Heilung. (Cyst in the thyroid gland. Removal. Cure.)** *Brit. Med. Journal. 1. December 1894.*

Die Geschwulst bewegte sich mit der Trachea. Das Schlucken war schmerzhaft. Incision. Drainage. Geringe Blutung. ADOLPH BRONNER.

219) **R. Jones** und **W. P. Thomas. Adenome der Schilddrüse und cystische Nebenschilddrüse. Entfernung. (Thyroid adenoma and cystic accessory thyroid. Removal.)** *Lancet. 10. November 1894.*

Eine Frau von 27 Jahren hatte seit ihrer Kindheit eine kleine Anschwellung

oberhalb der linken Clavicula. Die bewegliche Geschwulst wurde grösser bis zu Faustgrösse. Sie lag unter dem Musculus sternocleidomastoideus und konnte hinter die Clavicula verschoben werden. Bei der Operation zeigten sich viele Venen.

ADOLPH BRONNER.

220) **Nicolaysen** (Christiania). **Partielle Exstirpation der Gl. thyreoidea. (Partiel Exstirpation af Gl. thyroidea.)** Verhandl. d. medicin. Gesellsch. zu Christiania. 1894. S. 121.

Die Exstirpation des Isthmus und des linken Lappens der hypertrophischen Gl. thyreoidea wurde an einem $10^1/_2$ Jahre alten Knaben vorgenommen. Derselbe litt an Respirationsbeschwerden, die durch den Druck des Isthmus auf die Trachea hervorgebracht waren. Trotz der Exstirpation wurde die Respiration wegen Zusammenknickung der Trachea nicht besser und die Tracheotomie musste gemacht werden. Nach dem Verlaufe einiger Tage konnte die Trachealcanüle wieder entfernt werden, und der Knabe wurde geheilt entlassen.

SCHMIEGELOW.

221) **Du Bouchet. Exothyropexie mit tödtlichem Ausgang. (Exothyropexie, mort.)** *Soc. anatom. de Paris. 9. November 1894.*

Bei einem Kranken mit einem Kropf, der die Trachea comprimirte, führte man wegen drohender Asphyxie trotz einiger Erscheinungen von Seiten der Bronchien und Lunge die Exothyropexie aus. Der Exitus erfolgte am 11. Tage unter den Symptomen einer infectiösen Pneumonie. Es fand sich die Trachea in weitem Umfange durch den Kropf abgeplattet; in der Ligatur des Tumors waren beide Recurrentes einbegriffen.

A. CARTAZ.

222) **Scanes Spicer** (London). **Basedow'sche Krankheit und Nasenpolypen. (Graves' disease and nasal polypi.)** *British Med. Journal. 17. Nov. 1894.*

Demonstration der Patientin, einer jungen Frau, am 9. November 1894 vor der Clinical Society of London. Die Schilddrüse war vergrössert, elastisch, pulsirend und schwirrte. Die Pulsfrequenz betrug 140 in der Minute, und es war feiner Tremor der Arme vorhanden. Ausserdem war die Patientin hochgradig neurotisch. Der Vortragende hatte bereits eine grosse Anzahl von Nasenpolypen entfernt, einige waren noch vorhanden. Seit der Vornahme der Operation hatte das Befinden der Patientin sich in einigen Beziehungen verbessert. Es wurde darauf Nachdruck gelegt, dass beide Leiden gleichzeitig vor drei Jahren entdeckt worden seien. Es sei daher unmöglich zu behaupten, dass die Basedow'sche Krankheit in diesem Falle eine Folge der Nasenoperationen sei. Der Vortragende selbst war geneigt, das gleichzeitige Bestehen beider Leiden für mehr als ein zufälliges Zusammentreffen zu halten. Jedenfalls sei in drei Fällen eine Heilung der Symptome des Schilddrüsenleidens der Entfernung von Nasenpolypen gefolgt.

In der Discussion gedachte Dr. G. Stoker seines einschlägigen Falls (vergl. Centralblatt V, p. 579).

SEMON.

223) **Béclère. Thyreoidismus und seine Beziehung zur Basedow'schen Krankheit und zur Hysterie. (Thyreoidism; its relation to exophthalmic goitre and to hysteria.)** *N. Y. Med. Journ. 10. Nov. 1894. N. Y. Med. Record. 1. Dec. 1894.*

Englische Autoren haben das Symptomenbild des Thyreoidismus beschrieben;

es besteht in Tachycardie, Unregelmässigkeit des Pulses, Temperaturerhöhung, Schlaflosigkeit, Unruhe, Polyurie, Glykosurie und Albuminurie, partieller Paraplegie mit einem Gefühl von Hitze und Schweissausbruch. Béclère beobachtete ausserdem Beschleunigung der Athmung, vorübergehendes Zittern in den Armen, Exophthalmie und einen eigenartigen Glanz der Augen. Er findet dieses gesammte Bild dem Symptomencomplex der Basedow'schen Krankheit so ähnlich, dass er der Vermuthung Raum giebt, dass diese letztere durch Hypersecretion der Schilddrüse bedingt sein könnte.

Weiter beobachtete B. im Laufe der Schilddrüsentherapie deutliche hysterische Symptome, wie Aphasie, Monoplegie und Anaesthesie des rechten Arms, bei einer Patientin, die früher niemals neuropathische Symptome dargeboten hatte. Auch hier drängt sich die Frage auf, ob nicht das Uebermaass von Schilddrüsensaft als reizendes Agens die Hysterie verursacht hat, wie dies auch bei anderen Intoxicationen vorkommt.

LEFFERTS.

224) **Arthur A. Booth. Die Schilddrüsen-Theorie der Basedow'schen Krankheit. Zwei mittelst Thyroidectomie behandelte Fälle. (The thyreoid theory in Graves's disease. Two patients treated by thyroidectomy.)** *N. Y. Medical Journal. 24. November 1894.*

Verf. bespricht die neueren Theorien über die Function der Schilddrüse und über die Krankheitserscheinungen bei Ausfall oder Steigerung derselben und berichtet über zwei Patienten mit Morbus Basedowii, bei denen die Thyreoidectomie gemacht wurde. Er kommt zu folgenden Schlüssen: 1. Es ist durchaus nicht sichergestellt, dass eine excessive Secretion der Schilddrüse der alleinige und hauptsächliche ätiologische Factor der Basedow'schen Krankheit ist. Allein die mikroskopische Untersuchung erweist eine enorme Hyperplasie des Drüsengewebes und es ist sicherlich berechtigt anzunehmen, dass diese Veränderungen auf die Quantität und Qualität des Schilddrüsensecretes von grossem Einfluss sind 2. Wenn die Veränderung der Gewebe, nicht die Grösse des Organs Zeugniss der Erkrankung sind, dann ist die Thyreoidectomie selbst in solchen Fällen in Frage zu ziehen, in denen die Schilddrüse nur wenig oder gar nicht vergrössert ist. 3. Fälle von Basedow'scher Krankheit können vollständig durch die Thyreoidectomie geheilt werden. Wie die Heilung zu Stande kommt, ist noch nicht ganz klar; möglich sind 3 Erklärungen, nämlich durch Verminderung der activ functionirenden Substanz der Drüse, durch Beseitigung einer Zerrung und Reizung des Sympathicus oder schliesslich durch Aufhebung des Druckes.

LEFFERTS.

225) **Redactionelle Notiz. Schilddrüsenverfütterung bei Basedow'scher Krankheit. (Thyreoid feeding in Basedow's disease.)** *N. Y. Med. Record. 24. November 1894.*

Ein Hinweis auf die Mittheilung von Voisin, der bei einer jungen Frau mit Basedow'scher Krankheit durch Verabreichung von Schafsschilddrüse schnelle und bedeutende Besserung erzielte. Es widerspricht dies vollständig den modernen Theorien über die Pathogenese dieser Krankheit und auch Dreyfus, Brisac und Béclère meinten in der Discussion über Voisin's Fall, dass Schilddrüsen-

verfütterung die Basedow'schen Symptome eher verschlimmern als heilen müsste.

LEFFERTS.

226) **Frederick Petersen. Basedow'sche Krankheit geheilt durch Thyreoidectomie. (Exophthalmic goitre cured by thyreoidectomy.)** *N. Y. Med. Journal. 24. November 1894.*

Die 34jährige Patientin litt an den ausgesprochenen Erscheinungen Basedow'scher Krankheit. Der besonders starke linke Lappen der Schilddrüse wurde 1889 entfernt. Unmittelbar danach begann eine schnelle und bedeutende Besserung aller Symptome. Jetzt — nach 4 Jahren — ist die Patientin völlig wohl; das einzige Symptom, das noch zurückgeblieben ist, ist die Pulsfrequenz von 90—100 in der Minute (früher 120).

LEFFERTS.

227) **William Osler. Erfolgreiche Behandlung eines Falles von infantilem Myxoedem mit Schilddrüsenextract. (Successful treatment of a case of infantile myxoedema with the thyroid extract.)** *N. Y. Med. Journal. 20. Octob. 1894.*

Mittheilung zweier Fälle. Der erste Patient, ein typischer Cretin von 3 Jahren, zeigte gradezu wunderbare Veränderungen, der zweite, ein neunzehnjähriger Cretin, dagegen keine.

LEFFERTS.

228) **Samuel Ayres. Myxoedem mit Schafsschilddrüse behandelt. (Myxoedema treated with sheep's thyroid.)** *N. Y. Med. Journal. 24. November* 1894.

Nachdem bei manchen Hautkrankheiten, bei Fettsucht und in einem Falle von Melancholie mit der Schilddrüsenbehandlung so gute Resultate erzielt sind, wünscht Verf. vorsichtige Versuche bei ausgewählten Fällen von acuter Demenz, Melancholie, Epilepsie, Chorea, Tetanus, Anästhesie und Erysipel gemacht zu sehen.

LEFFERTS.

229) **Ewald. Myxoedem und Schilddrüsentherapie. (Myxoedema and thyroid therapy.)** *N. Y. Med. Record. 8. December* 1894.

Die Pat., eine Frau von 52 Jahren, wurde wegen Myxoedem mit Schilddrüse in Tabloidform behandett. Auf 3 Punkte macht Verf. besonders aufmerksam. 1. Alle andern Behandlungsmethoden versagten vollständig. Eigenthümlicher Weise war auch die subcutane Beibringung des Schilddrüsenextracts nutzlos. 2. Die Urinbestandtheile waren nicht, wie englische und dänische Beobachter angegeben haben, vermehrt. 3. Im Urin fand sich in erheblicher Menge Zucker; ob dieses durch die Therapie selbst bedingt oder zufällig, eine intercurrente Complication, war, lässt Verf. offen.

LEFFERTS.

230) **G. G. Middleton** (Glasgow). **Ein Fall von Myxoedem erfolgreich mit Schilddrüse behandelt; Recidiv nach Aussetzen der Behandlung und Tod durch Mediastinaltumor. (A case of myxoedema successfully treated with thyroid gland; relapse after cessation of treatment and death from tumour of the mediastinum.)** *Glasgow Med. Journal. December* 1894.

Ein sehr interessanter Fall, dessen Krankengeschichte der Verf. sehr ausführlich erzählt; die Hauptsachen sind im Titel kurz gekennzeichnet. Vielleicht

das Interessanteste für die Leser des Centralblattes ist eine Bemerkung, die sich in einer Fussnote findet. Hier spricht der Verf. von einer Frau mit Myxoedem, bei der der weiche Gaumen sehr stark infiltrirt war und eine ähnliche Infiltration sich in der Regio interarytaenoidea fand; beide verschwanden unter der Behandlung.

P. M'BRIDE.

231) **A. Garrod** (London). **Die Behandlung des Cretinismus mit Schilddrüsensaft. (The thyroid treatment of cretinism.)** *British Medical Journal. 17. November* 1894.

In der Sitzung der Medical Society of London vom 12. November 1894 zeigten Garrod, Spencer Watson, Morgan Dockrell, Harry Fenwick und Herbert Snow Fälle von Cretinismus, die mit Schilddrüsensaft behandelt waren. In dem Garrod'schen Falle war beträchtliche Verbesserung erfolgt. Ueber die anderen Fälle fehlen detaillirte Angaben.

SEMON.

232) **Geo. W. Crary. Die Schilddrüsenbehandlung bei Psoriasis und anderen Hautkrankheiten. (The thyroid treatment of psoriasis and other skin diseases.)** *N. Y. Med. Record. 6. October* 1894.

Verf hat 9 Fälle von Psoriasis verschieden lange Zeit mit Thyroidextract behandelt uud meint, dass kein Grund vorliegt zu der Annahme, dass dieses Mittel eine wirklich heilenden Einfluss auf Hautkrankheiten ausübt.

LEFFERTS.

233) **P. S. Abraham. Schilddrüsenbehandlung bei Hautkrankheiten. (The thyroid treatment in skin disease.)** *British Medical Journal. 15. December* 1894.

Der am 28. November 1894 vor der Hunterian Society of London gehaltene Vortrag bringt nichts von laryngologischem Interesse. Aus der Discussion ist nur hervorzuheben, dass der Präsident (Mr. Charters Symonds) erwähnte, dass eine Patientin mit Basedow'scher Krankheit, die er mittelst dieser Methode behandelt habe, unter dem Gebrauch des Mittels schwer krank geworden sei, und sich sofort erholt habe, als dasselbe ausgesetzt wurde.

SEMON.

234) **G. Ballet** und **Enriquez. Experimenteller Kropf durch subcutane Injection von Schilddrüsenextract. (Goitre expérimental par injections sous-cutanées d'extrait thyroidien.)** *Bull. de Soc. méd. des hôpitaux. 16. November* 1894.

Die Verff. machten einem Hunde Injectionen eines Glycerinextractes von Schilddrüse, um die Wirkungen der Hyperthyroidisation zu studiren. Die Injectionen wurden 14 Tage lang gemacht in Mengen von 4—15 ccm des Extractes. Constatirt wurde bald nach den ersten Injectionen Fieber, Diarrhoe, Tachycardie, Tremor. Nach Abschluss der ersten Serie von Injectionen hatte die Thyroidea eine merkbare Vergrösserung erfahren, besonders auf der rechten Seite. Beim Aussetzen der Injectionn verkleinerte sich die Schilddrüse wieder. Bei Wiederholung derselben traten dieselben Lokal- und Allgemeinerscheinungen von neuem auf.

A. CARTAZ.

235) **Béclère. Toxische Wirkung bei Thyreidverfütterung. (Toxic effects of thyroid feeding.)** *N. Y. Med. Record. 1. December* 1894.

B. stellt eine Patientin vor, die wegen Myxoedem mit Schilddrüsenver-

fütterung behandelt war. Während der Behandlung hatte sie vorübergehend zu grosse Mengen der Drüsensubstanz erhalten, in 11 Tagen 92 g. Am Ende dieser Periode hatte sie Tachycardie, Fieber, Insomnie, Tremor der Extremitäten, Exophthalmus, Polyurie mit Albuminurie und Glycosurie, kurz das volle Bild Basedow'scher Krankheit. Verf. schliesst daraus, dass dem Morbus Basedowii eine Hypersecretion der Schilddrüse zu Grunde liegt. Man solle diese Krankheit deshalb nicht länger zu den Neurosen zählen, sondern als eine Auto-Intoxication durch Schilddrüsenhypersecretion auffassen. LEFFERTS.

g. Oesophagus.

236) **Thiercelin. Ein Fall von Oesophagismus im Verlaufe einer Magenausspülung. (Un cas d'oesophagisme au cours du lavage de l'estomac.)** *France méd. 17. Mai 1895.*

Bei einer Magenausspülung, die bei der sehr nervösen Patientin wegen Hyperchlorhydrie vorgenommen wurde, konnte man den Magenschlauch nicht zurückziehen; derselbe wurde durch eine tetanische Contraction der Oesophagusmuskulatur festgehalten. Der Krampf dauerte mehrere Minuten. Er wiederholte sich einige Tage nachher noch einmal und dann nicht mehr. Solche Contractionen im Momente des Herausziehens der Magensonde sind selten beobachtet.

A. CARTAZ.

237) **J. C. Howie** (Glasgow). **Ein Fall von Einklemmung einer Hälfte einer vulcanisirten Zahnplatte im Oesophagus und ihre Entfernung mit dem Münzenfänger. (On a case in which half of a vulcanite dental plate impacted in the oesophagus was removed by a coin-catcher.)** *Glasgow Medical Journal. Februar 1895.*

Der Pat. befindet sich wohl. P. MC. BRIDE.

238) **David Wallace** (Edinburgh). **Bericht über einen eigenthümlichen Fall von Oesophagusstrictur. (Notes on a peculiar case of stricture of the oesophagus.)** *Edinburgh Med. Journal. Februar 1895.*

Die Ursache der Strictur lässt sich nicht feststellen; der Patient lebt noch.

P. MC. BRIDE.

239) **Jacquement. Verbrennung der oberen Verdauungswege durch Salpetersäure, Perforation des Magens. (Brulure des voies digestives supérieures par l'acide azotique, perforation de l'estomac.)** *Marseille médical. 15. Mai 1895.*

Die Ueberschrift erklärt den Fall. A. CARTAZ.

240) **A. C. Bernays. Eine Operation zur Besserung einer seit 5 Jahren bestehenden, jetzt undurchgängigen Oesophagusstenose, mit Erweiterung nach einer neuen Methode. (An operation for the relief of impermeable occlusion of the oesophagus of five years' standing, with dilatation by a new method.)** *N. Y. Med. Journal. 23. März 1895.*

Ueber die neue Methode der Erweiterung — das einzige Neue im vorliegen-

den Artikel — muss im Original selbst nachgelesen werden; die beigegebenen Holzschnitte machen sie verständlich. LEFFERTS.

241) **Monnier. Gastrotomie bei einem $4^1/_2$ jährigen Kinde nach Franck-Villar's Methode wegen einer undurchgängigen Oesophagusstenose nach Verschlucken von Kalilauge. (Gastrotomie chez un enfant de 4 ans et demi par le procédé de Franck-Villar pour remedier à un rotrécissement infranchissable de l'oesophage du à l'ingestion de potasse liquide.)** *Gaz. des hôpitaux. 14. März 1895.*

Der Titel erklärt den Fall. Das Kind war in einem Zustand schwerster Inanition; es wurde sehr schnell besser. Die Katheterisirung des Oesophagus war vor und nach der Operation vergeblich versucht worden. A. CARTAZ.

242) **R. Winslow. Gastrotomie wegen Narbenstenose des Pharynx und der Speiseröhre. (Gastrotomy for cicatricial stenosis of the pharynx and oesophagus.)** *N. Y. Med. Record. 12. Januar 1895.*

W. berichtet über zwei Fälle; in beiden wirkte die Operation lebensrettend, in einem besteht sogar Aussicht auf schliessliche Heilung. LEFFERTS.

243) **David Wallace** (Edinburgh). **Gastrotomie. (Gastrotomy.)** *Edinburgh Med. Journal. Februar 1895.*

Vorstellung des Patienten. P. MC. BRIDE.

244) **Paillard. Ueber die Drüsenerscheinungen beim latenten Epitheliom des Rachens und der oberen Partie des Oesophagus. (Sur la forme ganglionnaire de l'epithelioma latent du pharynx et de l'extremité supérieure de l'oesophage.)** *Thèse de Paris.* 1895.

Verf. hebt die diagnostische Bedeutung gewisser Hals- und Submaxillardrüsenschwellungen als eines ersten Zeichens der Entwicklung eines Krebses des Pharynx und des oberen Theiles des Oesophagus hervor. A. CARTAZ.

245) **Ewald. Oesophaguscarcinom.** *Deutsche med. Wochenschr.* 1895. *No. 13.*

Demonstration eines Präparats von Durchbruch eines Carcinoms des Oesophagus in die Aorta. LANDGRAF.

246) **Rosenheim** (Berlin). **Ueber Oesophagoscopie.** *Deutsche med. Wochenschr. 1895. No. 13. Berliner klin. Wochenschr. 1895. No. 12.*

R. demonstrirte sein modificirtes Mikulicz'scher Oesophagoscop in der Berl. med. Gesellschaft. LANDGRAF.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) **James B. Ball,** M. D. (London) M. R. C. P. **Handbuch der Nasen- und Rachenkrankheiten. (A handbook of diseases of the nose and pharynx.)** Baillière, Tindall u. Cox. 1894. 2. Auflage. 364 Seiten mit 49 Abbildungen.

Die zweite Auflage des Ball'schen Werkes ist in derselben Weise wie die erste angelegt, nur sind diesmal die Rachenkrankheiten hinzugenommen. Der Verf. hat das Buch in der Neuauflage auf der Höhe zu erhalten verstanden, ohne seinen Umfang erheblich zu vermehren — von der durch den Abschnitt über die Rachenkrankheiten bedingten Zunahme natürlich abgesehen.

Das Buch hat 3 Theile. Der erste, allgemeine Theil behandelt die Anatomie und Physiologie, die allgemeine Diagnostik und Therapie. Theil II gehört den Krankheiten der Nase, des Nasopharynx und der Nebenhöhlen, Theil III den Rachenkrankheiten.

Die Ausführung der einzelnen Capitel ist vortrefflich; ohne Anspruch auf Originalitat in diagnostischer oder therapeutischer Hinsicht giebt B. überall ein klares und in kurzen Zügen durchgeführtes Bild der hauptsächlich in Frage kommenden Punkte. Theoretische Discussionen vermeidet er; namentlich seine Bemerkungen über die Behandlung sind von wirklich practischem Werthe.

In der nächsten Auflage wird der Verf. wohl ohne Zweifel die Kehlkopfkrankheiten mit hinzunehmen, deren Mangel jetzt den Werth des Buches etwas beeinträchtigt. Die Nasen-, Rachen- und Kehlkopfkrankheiten sind so eng miteinander verbunden, dass es wünschenswerth ist, sie auch literarisch nur miteinander zu behandeln.

Mit diesem einen Vorbehalt können wir Ball's Werk dem Studirenden und Arzte als ein sehr zweckmässiges Handbuch auf's Wärmste empfehlen.

F. de Havilland Hall.

---

b) **Paul Tissier,** Ancien Interne d. Hôp. d. Paris, Lauréat. d. l. Faculté. **Die Ozaena, ihre Unität, ihre Ursachen und ihre Behandlung. (L'ozène, son unité, ses lésions génératrices, son traitement.)** Paris. Schiller. 1894. 86 pp.

Der Verf. giebt eine sehr vollständige kritische Zusammenstellung der bisherigen Literatur über die Ozaena. Er selbst definirt dieselbe als „eine specifische,

vollkommen charakterisirte Erkrankung, die stets durch eine einheitliche Ursache bedingt ist, nämlich durch einen oder mehrere noch nicht genauer festgestellte Mikroben. Diese aber entwickelt sich nur auf Grund einer vorhergehenden Läsion der Nase, welche verschiedener Art sein kann, aber das Ethmoidalsystem (Siebbein und Siebbeinhöhle) in Mitleidenschaft zieht. Die ursprüngliche Läsion kann später verschwinden, jedoch lässt sie stets gewisse Zeichen zurück, die mehr oder weniger leicht zu erkennen sind und die man kennen und in jedem Falle aufsuchen muss. Ozaena ist eine Krankheit, kein Symptom; Ozaena ist nicht gleichbedeutend mit Foetor, jedoch mit einem gewissen Foetor verbunden." Es heisst dies, dass ohne den charakteristischen Geruch die Krankheit nicht vorkommt, mit dem Verschwinden des Foetors hört sie selbst auf. Die atrophische Rhinitis, die nach Beseitigung des Geruches zurückbleibt, ist keine Ozaena mehr. In diesem Sinne allein stellt T. die Unität der Ozaena auf; was die ursprünglichen ursächlichen Veränderungen anlangt, so sind diese sehr verschiedenartig. Stets besteht vorher — des Verf.'s Schlüsse stützen sich freilich nur auf ein Material von 20 Fällen — eine Rhinitis, entweder syphilitischer Art oder die eitrige Rhinitis (blennorrhoischen Ursprungs oder nicht) der Neugeborenen oder die subacute purulente Rhinitis des Kindes- oder Pubertätsalters etc., kurz ein activer Process in der Schleimhaut. Auf dieser circumscripten oder diffusen eitrigen Entzündung findet eine Infection mit saprophytischen Bacterien statt; das Secret braucht blos zu stagniren und der Foetor — die Ozaena — ist fertig. Nun greift eine Rundzelleninfiltration unter dem Schleimhautepithel und um die Drüsen Platz und es folgt schliesslich die typische Atrophie. Die ursprüngliche Läsion ist nach Tissier fast stets eine Erkrankung der Nebenhöhlen, und zwar sind diese der Häufigkeit nach in folgender Reihenfolge betheiligt: hintere Siebbeinzellen, Keilbeinhöhle, vordere Siebbeinzellen, mittlere und obere Muschel, Kieferhöhle und Para-Infundibular-Zellen, Stirnhöhle. T. diagnosticirt die Erkrankung dieser Sinus mittelst der Sonde, die er überall dort hinführt, wo er nach gründlicher Nasendouche noch Krusten sieht. Für die Behandlung stellt er gewisse Principien auf, an denen festzuhalten ist, ob man die oben entwickelten Anschauungen theilt oder nicht. Das erste ist die Behandlung der ursprünglichen Läsion im Knochengerüst mittelst Curette oder sonstigen geeigneten chirurgischen Maassnahmen. Dann müssen die Saprophyten mittelst geeigneter Antiseptica vernichtet und schliesslich muss die Stagnation des Secretes vermieden werden (Gottstein's Tampon, Vibrationsmassage etc.) durch Reizung der Schleimhaut.

Tissier's Monographie sei zur Lectüre warm empfohlen. Die theoretischen und practischen Ausführungen des Autors werden für sehr viel Fälle zutreffen und mit Nutzen anwendbar sein, nach unserer Meinung jedoch nicht für alle.

Dundas Grant.

c) **Thomas. Die Behandlung verschiedener Erkrankungen der Luftwege mittelst intratrachealer Injectionen. (Treatment of various diseases of the respiratory passages by means of intra-tracheal injections.)** Marseille. Barlatier et Barthelet. 1894. 99 pp.

Das Büchlein bedeutet einen Schritt vorwärts auf dem Wege zu einer neuen und werthvollen localen Behandlungsmethode für die Krankheiten der Bronchien und Lungen. Th.'s Untersuchungen sind im Wesentlichen experimenteller Natur, sie geben Auskunft über die Grenzen, innerhalb deren die Methode anwendbar ist. Als Vehikel benutzt Th. sterilisirtes Olivenöl, von dem eine erhebliche Menge injicirt werden kann, so lange die Athmungsoberfläche nicht durch Krankheit zu sehr beschränkt ist. Th. injicirt zuerst 1 g, dann langsam steigend bis zur Maximaldose von 4 g. Von Medicamenten führte er gewöhnlich ein Menthol (10), Guajacol (10) und Jodoform (5), gelegentlich auch Calomel (1) auf 100 Theile Oel. Das Menthol hat keine Contraindicationen, das Guajacol erzeugt leicht Congestion zu den Lungen, Jodoform die charakteristischen Intoxicationserscheinungen (cerebrale Reizung), wenn die Nieren nicht ordentlich functioniren. Die Injection wurde gewöhnlich täglich vorgenommen, mit oder ohne Spiegel und künstliche Beleuchtung, aber mit sterilisirter Spritze. Erprobt wurde die Behandlung bei Keuchhusten, Lungenemphysem (mit und ohne organische Herzerkrankung), Asthma, acuter Bronchitis, chronischer Bronchitis, foetider Bronchitis, bacillärer Bronchitis und Lungenphthisis. Beim Keuchhusten erwies sich Mentholöl als nützlich. Die Injection einer Combination von Menthol, Guajacol und Jodoform hatte sehr frappante Resultate bei der chronischen Bronchitis, zum Theil auch bei foetider Bronchiectasie. Bei Lungentuberculose wirkten die Injectionen in den beiden ersten Stadien sehr günstig und auch im dritten brachten sie noch vorübergehende Besserungen. Auf die Functionstüchtigkeit der Nieren und den Zustand der Athmung wurde in jedem Falle sorgfältig geachtet, einerseits aus Furcht vor Jodoformvergiftung und andererseits wegen der drohenden Lungencongestion und -Blutung. Der Verf. beobachtete mehrmals ein gleichzeitiges Zurückgehen tuberculöser Erscheinungen im Kehlkopf, so dass er die chirurgische Behandlung widerräth.

Bezüglich der brillanten Erfolge der Menthol- und Guajacol-Injectionen bei Bronchiectasen führt Th. das Zeugniss Sir J. Grainger Stewart's an. Die Hauptschwierigkeit für die Verwerthung dieser Therapie bei der Lungentuberculose sucht Th. darin, dass die Kranken im Anfang diese Behandlung verweigern und sie erst gestatten, wenn die Krankheit so weit vorgeschritten ist, dass eine dauernde Besserung oder Heilung nicht mehr möglich ist. Dundas Grant.

d) British Laryngological and Rhinological Association.

Versammlung am 13. April 1894.

Vorsitzender: Dr. J. Mac Intyre.

(Journal of Laryngology, Juni 1894.)

W. Whistler zeigte einen Fall von chronischer Affection des Larynx, der in einer früheren Sitzung bereits vorgestellt worden ist.

Mayo Collier zeigte:

1. Einen Fall von Nasenpolypen verbunden mit Asthma. Seit 11 Jahren Asthma, Heilung nach Entfernung der Polypen.

2. Einen Fall von doppelseitiger Adductoren-Paralyse, Besserung durch Strychnin und Elektricität.

3. Einen Fall von acutem Empyem der linken Stirnhöhle. Schmerzen und Schwellung über dem Auge, mit Exophthalmos. Eröffnung des Sinus; die Sonde wird bis in die Nase geführt.

4. Epitheliom des Larynx. Vor 4 Jahren Heiserkeit und Ulceration des linken Stimmbandes. Besserung. Jetzt unzweifelhaft Epitheliom.

G. Wilkin. Fall von syphilitischer Laryngitis, verbunden mit Affection der rechten Lungenspitze. Beide Affectionen heilten unter antisyphilitischer Behandlung.

Wingrave, Stoker, Woakes und Grant nahmen an der Discussion theil.

Macintyre demonstrirte einige sehr interessante phonographische Aufzeichnungen, u. a. von Fällen in denen die Zunge theilweise oder ganz entfernt worden war. In einem Fall konnte Patient deutlicher sprechen nach der vollständigen Excision der Zunge, als nach der partiellen Resection. Redn. illustrirte auch verschiedene Fälle von Heiserkeit. Ein deutlicher Unterschied war zu erkennen zwischen den Fällen von Neubildung, Lähmung oder Entzündung der Stimmbänder. Diese Aufzeichnungen sind sehr nützlich für Lehrzwecke.

Präparate wurden gezeigt von einem

1. Fall von tuberculöser Laryngitis, bei der nach Tracheotomie bedeutende locale Besserung eingetreten war.

2. Epitheliom des Septum; kein Recidiv.

3. Multiple Papillome des Larynx bei einem Kinde, entfernt mit der Zange nach Dundas Grant.

Versammlung vom 13. Juli 1894.

Vorsitzender: Dr. J. Macintyre.

(Journal of Laryngol. August 1894.)

E. Law: Zweifelhafter Fall von chronischer laryngealer Affection bei einem Diabetiker. Ob Syphilis oder Carcinom konnte nicht entschieden werden.

Mayo Collier: Fall von Polypen der Stirnhöhle. Der Patient wnrde in der letzten Sitzung gezeigt; ein Polyp ist entfernt worden.

Dundas Grant: Fibrome des Stimmbandes. Kleine Geschwulst mit Grant's Zange entfernt. Curtis machte darauf aufmerksam, dass kleine Fibrome der Stimmbänder bei Sängern sehr häufig sind (besonders in dem vorderen Drittheil der Stimmbänder). Dieselben verschwinden von selber bei richtiger Gymnastik der Bänder.

Dundas Grant: Affection der linken Stirnhöhle. Localer Schmerz und Ausfluss aus der linken Nase. Eröffnung durch Schnitt unter der Supraorbitallinie. Nach 3 Monaten keine Besserung. Oeffnung vergrössert und die Höhle ausgekratzt. Besserung.

Affection der Keilbeinhöhle. Schwellung der Schleimhaut der mittleren Muschel; trotz wiederholter Entfernung dauernder Kopfschmerz. Granulationen und Theile des Keilbeins stossen sich ab. Heilung. Ein anderer, ähnlicher Fall wurde besprochen.

W. Wingrave: Fälle von zweifelhafter Tuberculose und Carcinose des Larynx.

A. Sandford:

1. Tod unter Convulsionen 6 Stunden nach Entfernung von adenoiden Vegetationen unter Chloroform. $5^1/_2$ Stunden nach der Operation ein erster starker Krampfanfall, nach 15 Minuten ein zweiter. Tod durch Asphyxie. Der erste Anfall soll reflecrotischer Natur gewesen sein und Hämorrhagie an der Gehirnbasis erzeugt haben.

2. Knopf in der Nase seit 8 Jahren, mit fötidem Ausfluss und Asthma. Entfernung. Heilung.

3. Intracranieller Abscess in Folge von Affection der Keilbeinhöhle. Demonstration der Präparate.

Milligan:

1. Lupus des Septum nasi.
2. Acutes Empyem der vorderen Siebbein-Zellen.

F. Marsh: Multiple adenomatöse Gewächse des Larynx durch Thyrotomie entfernt ohne Tracheotomie.

Die Patientin, 22 Jahre alt, konnte intralaryngeale Eingriffe nicht vertragen. Nach Spaltung des Knorpels und Entfernung der Geschwulst trat starke Blutung ein. Eine Röhre, mit Schwämmen umgeben, wurde in die Trachea eingeführt, die Blutung durch Carbolsäure gestillt und die Röhre entfernt. Zwei Tnge Ernährung per anum. Heilung.

Norris Wolfenden sprach über Tonsillitis follicularis und Halskrankheiten und Mikroorganismen. Er glaubt, dass gewisse Mikroorganismen bestimmte Krankheiten verursachen. Es können Pseudomembranen, auch Lähmungen, Albuminurie ued Drüsenanschwellungen bestehen, ohne dass wahre Diphtheritis vorliege, denn der Löffler'sche Bacillus sei nicht zu finden. Man dürfe deshalb nicht zu sehr

auf die klinischen Symptome sich verlassen. Schlechte Drainage sei die häufigste Ursache von Diphtheritis. Macintyre, Whistler, Grant, Sandford und Browne nahmen an der Discussion Theil.

Sitzung am 12. October 1894.

Vorsitzender: J. Macintyre.

Ein Brief an das Gesundheitsamt wird verlesen, in welchem auf die wichtige Einrichtung aufmerksam gemacht wird, die in New-York besteht; dass es nämlich dort öffentliche amtliche Gelegenheiten giebt, um in Fällen von Diphtheritis die nöthigen bakteriologischen Untersuchungen machen zu lassen.

Lennox Browne zeigte einen Fall von Missbildung des Pharynx bei einem Mädchen von 6 Jahren. Eine fleischige Membran erstreckte sich vom weichen Gaumen zu den Processus pterygoidei und der hinteren Pharynxwand. In der Mitte derselben war eine kleine Oeffnung.

Mayo Collier glaubt, dass dieser Zustand durch eine abnorme Erweiterung der Mm. levatores-palati und palato-pharyngei bedingt sei.

Dundas Grant ist der Meinung, dass die Membran die Folge von entzündlichen Processen sei, wahrscheinlich syphilitischer Art.

Lennox Browne zeigte einen Fall von Synostosis der Nase. Der Patient war in Berlin wegen Polypen behandelt und der Galvanocauter dabei mehrmals benutzt worden.

Mayo-Collier stellte mehrere Fälle vor:

1. Abscess des Sinus frontalis.
2. Gesichtsneuralgie bedingt durch Necrose der mittleren Muschel.
3. Kopfschmerz mit Affection der mittleren Muschel.

Bark: Fall von Nasenstein.

Milligan: Schleimcyste der vorderen linken Nase. Die obere Lippe wurde theilweise gelöst und die Cyste entfernt.

Wyatt Wingrave: Fall von Halsfistel. Nach einem Abscess der linken Mandel brach der Eiter nach aussen am linken Kieferwinkel durch. Durch die Fistel gelangt man in die Mandel.

Dundas Grant: Papillome des Larynx mit Grant's Zange entfernt.

Adolph Bronner.

III. Briefkasten.

Das Wilhelm Meyer-Monument.

Unsere Anregung hinsichtlich einer unserem verstorbenen Collegen in Kopenhagen zu setzenden Bildsäule ist auf fruchtbaren Boden gefallen, und sowohl in Dänemark, wie in Deutschland, England und Frankreich sind vorbereitende Schritte getroffen worden, um die Idee zur Ausführung zu bringen. Wir hoffen in Bälde unseren Lesern weitere Mittheilungen machen zu können.

Künstliche Nachahmung des Bildes der Posticuslähmung.

Amsterdam, 14. Juli 1895.

Geehrte Redaction!

Da ich glaube, dass beiliegender Brief, den ich vor wenigen Tagen von Herrn Dr. Kronenberg in Solingen zu empfangen die Freude hatte, viele Collegen interessiren dürfte, so habe ich Herrn Kronenberg gebeten, mir die Einsendung desselben zur Aufnahme ins Centralblatt zu gestatten. Da die Antwort eine zustimmende war, so habe ich die Ehre, Ihnen hiermit den Brief ergebenst anzubieten.

H. Burger.

Solingen, 11. VII. 95.

Sehr geehrter Herr College!

Entschuldigen Sie, sehr geehrter Herr, wenn ich mich durch Ihre Besprechung des Treupel'schen Buches in No. 13 des Semon'schen Centralblattes veranlasst sehe, mich mit einigen Worten an Sie zu wenden.

Sie schreiben: „Es giebt noch ein anderes Lähmungsbild, welches Verf. gewiss nicht künstlich wird erzeugen können: dasjenige der Posticus- (resp. Recurrens-) Paralyse.“ —

Diese Angabe ist meiner Erfahrung nach nicht völlig richtig, da ich selbst im Stande bin, bei mir das Bild der doppelseitigen Posticusparalyse hervorzurufen und die Stimmbänder 1—2 Minuten in dieser Stellung zu belassen. Ich führe zu diesem Zwecke die Stimmbänder willkürlich ohne Intonation zur Medianstellung, und zwar kann dies sowohl während der Inspiration, der Exspiration, wie auch geschehen, während ich die Athmung sistire. Es ist mir auch möglich die Stimmbänder langsam oder schnell gegen einander zu bewegen und sie vor ihrer Berührung in beliebiger Entfernung von einander still stehen zu lassen. Habe ich dieselben zur Medianstellung gebracht, so entsteht bei der Inspiration der typische

inspiratorische Stridor, ganz so, wie man ihn bei echten Posticuslähmungen findet. Auch das exspiratorische Stenosengeräusch ist hörbar.

Von dieser Thatsache habe ich mich häufig durch autolaryngoskopische Untersuchung überzeugt, auch habe ich dieselbe während meiner Assistentenzeit in Berlin zahlreichen Herren demonstrirt, u. a. auch meinem früheren Chef, Herrn Dr. P. Heymann, sowie auch Duodi, welcher mich bei einem gelegentlichen Besuche in unserer Poliklinik laryngoskopirte und einigermassen überrascht durch diese Art der willkürlichen Bewegung der Stimmbänder war.

Ich glaube übrigens, dass es gar nicht so schwer ist, diese Erscheinung nachzuahmen. Die Stimmbänder bewegen sich ja schon gegen einander bei der Intention zur Phonation, und bei einiger Willensanstrengung muss man sie auch längere Zeit in dieser Stellung halten können; wenn man das einmal gemacht hat, gehört gar keine weitere Uebung dazu. Etwas mehr Uebung erfordert freilich das langsame Gegeneinanderbewegen der Stimmbänder und das Stehenbleiben auf halbem Wege.

Wodurch sich bei mir aber die Erscheinung von einer wirklichen Posticuslähmung noch am ehesten unterscheidet, ist der Umstand, dass manchmal nach einer Phonation, weniger nach einem einzelnen Laut, als nach einer Folge von Lauten, die Stimmbänder momentan ein wenig auseinanderfahren. Die Posticuswirkung macht sich da gewohnheitsgemäss geltend. Aber auch dieser Umstand wird sich durch Uebung ausschalten lassen; — jedenfalls aber kann man, so lange nicht oder nur einzelne Laute intonirt werden, den Zustand von einer echten Posticuslähmung wohl nicht unterscheiden, bis ihm die Ermüdung der Kehlkopfmuskeln oder das Luftbedürfniss ein Ende macht.

Dass sich eine Recurrensparalyse nicht künstlich erzeugen lässt, davon bin auch ich überzeugt.

Selbstredend sollten diese Zeilen keine Kritik an Ihren vortrefflichen Ausführungen im Centralblatt bedeuten, sondern sind nnr bestimmt, Sie von einer für Sie vielleicht nicht uninteressanten Thatsache in Kenntniss zu setzen.

Ich bin mit vorzüglicher Hochachtung

Ihr ganz ergebener

Dr. E. Kronenberg.

Zur Organisation der laryngologischen Sectionen internationaler medicinischer Congresse.

Christiania, 26. V. 95.

Herr Redacteur!

Erlauben Sie mir einige Worte auf Ihrem Artikel über die Organisation der laryngologischen Sectionen zu erwidern. „Wer soll die Repräsentanten der einzelnen Länder erwählen?“ Sie meinen das vorbereitende Comité der laryngologischen Section des betreffenden Landes, ich meine die constituirte Section selbst, die Mitglieder, die für jeden nächsten Termin die Repräsentanten ernennen nach Vorschlag des Vorstandes. Wenn man bei dieser Wahl vorsichtig und nach bestimmten Principien vorgeht, also z. B. stets oder in der Regel den ältesten officiellen Vertreter des Faches (also gewöhnlich einen Universitätslehrer) für die Stellung ausersieht, fallen die Bedenken der Parteilichkeit oder mangelhafter Kenntniss weg. Ein eventueller Missgriff lässt sich jedenfalls bei einer solchen Ordnung leicht richten. Zurück steht dann der Gewinn einer praktischen Organisation, die

eine grössere Leistungsfähigkeit der Sectionen herbeiführen wird. Was die Anmeldungen der Vorträge betrifft, so müssen sie natürlich alle den Repräsentanten passiren. Kommen sie zu spät, können sie nur in Betracht kommen, wenn das Programm der Section schon erschöpft ist.

Hiermit empfehle ich den Vorschlag der weiteren Ueberlegung.

Mit Hochachtung

Ihr ergebenster

V. Uchermann.

[Wir haben Herrn Collegen Uchermann gern Gelegenheit zur Beantwortung unserer Einwürfe gegeben, können aber nicht sagen, dass unsere Bedenken durch vorstehenden Brief völlig gehoben sind. Red.]

---

67. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte. Lübeck, 16.—21. September 1895.

Progamm der 21. Abtheilung: Laryngologie und Rhinologie.

Einführender: Dr. med. Oeinck, Arzt für Kehlkopfkrankheiten.

Schriftführer: Dr. med. Löwenthal, prakt. Arzt.

Angemeldete Vorträge:

1. Dr. med. Thost in Hamburg: Ueber die Symptome und Folgekrankheiten der hypertrophischen Rachenmandeln. — 2. Dr. med. E. Fink in Hamburg: Ueber Hydrorrhoea nasalis. — 3. Dr. med. Winckler in Bremen: Ueber chirurgische Behandlung gewisser Nasenstenosen. — 4. Dr. med. Réthi in Wien: Zum Wesen und zur Aetiologie der Rachenblutungen. — 5. Dr. med. Saenger in Magdeburg: Mechanische Disposition zu Ozaena. — 6. Dr. med. Zarniko in Hamburg: a) Ueber Ozaena trachealis nebst Bemerkungen über das Wesen der Ozaena. b) Kakosmia subjectiva. c) Demonstrationen. — 7. Dr. med. Gottfried Scheff in Wien: Thema vorbehalten. — 8. Professor Dr. Moldenhauer in Leipzig: a) Zur operativen Behandlung der Hypertrophien der unteren Nasenmuscheln. b) Zur operativen Behandlung der kuppelförmigen Verbiegung des Septum narium. c) Eine bisher nicht bekannte Form der Nasenverengerung.

Für gemeinsame Sitzungen mit andern Abtheilungen:

9. Dr. med. Winckler in Bremen: Erfahrungen, gesammelt über den Zusammenhang von Nasen- und Augenerkrankung, und Besserung resp. Heilung der letzteren durch Behandlung der Nasenerkrankung. (Mit Abtheilung 19, Augenheilkunde.)

Gedruckt bei L. Schumacher in Berlin.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XI. Berlin, September. 1895. No. 15.

I. Referate.

a. Allgemeines, äusserer Hals, Parotis etc.

1) **Ueberhorst** (Marburg). **Bericht über die in der Universitätspoliklinik für Ohren-, Nasen- und Halskrankheiten vom 16. Oct. 1890 bis 1. April 1893 behandelten Fälle.** Dissert. Marburg. 1893.

In der genannten Zeit wurden 797 Fälle von Krankheiten der Nase, des Pharynx und des Larynx behandelt, welche von U. tabellarisch gesichtet sind. Im Anschluss an die statistischen Mittheilungen bringt er einige Bemerkungen über Entstehung und Behandluug der Ozaena, der Pharyngitis und Laryngitis sicca, sowie über die Behandlung der diffusen Hyperplasie der Nasenschleimhaut; Tuberkulose und Syphilis des Kehlkopfes sowie Stimmbandlähmungen werden nur kurz besprochen. SEIFERT.

2) **Bönninghaus** (Breslau). **Bericht über die im Jahre 1894 in der Poliklinik und Klinik behandelten Hals-, Nasen- und Ohrenkranken.** Breslau. 1895.

In der am 1. April 1894 errichteten Poliklinik und Klinik wurden 83 Nasen- und 110 Halskranke behandelt. Ausführlichere Notizen werden beigefügt über je einen Fall von Larynxdiphtherie, von Kehlkopfcarcinom (Operation abgelehnt, Diagnose durch histologische Untersuchung excidirter Partien bestätigt), von Deviatio septi mit erheblicher Schiefnase, Empyem der Kieferhöhle mit Durchbruch nach aussen und von Nasenrachenfibrom. SEIFERT.

3) **Baurowicz. Jahresbericht aus Prof. Pieniazek's laryngologischer Klinik in Krakau vom 7. Juni bis Ende 1894. (Sprawozdanie z oddziatu dla chorób krtani Prof. Pieniazka w krakowie.)** *Przeglad Lek. No. 15—19. 1895.*

Es wurden 40 Patienten einer systematischen Behandlung unterzogen. Von diesen handelte es sich in 30 Fällen um Kehlkopfstenose (14mal Stenose in Folge von Sclerom; 5mal post-perichondritische Stenosen; 2mal Stenosis laryngis e perichondritide; 6mal Stenosis e tuberculosi; 2mal Stenosis laryngis e lue; 1mal

Stenosis e sarcomate; 1mal Stenosis e fibromate laryngis; 1mal Stenosis laryngis post diphtheritidem). Die Laryngofissur wurde 27mal, bei 16 Kranken ausgeführt (13mal wegen Sclerom). Tracheotomirt wurden 22 Kranke. Ambulatorisch wurden in derselben Periode 184 Kranke mit verschiedenen Nasen-, Rachen- und Kehlkopf-Affectionen behandelt.

A. v. SOKOLOWSKI.

4) **Lacoarret. Statistische Uebersicht über die im Jahre 1894 in der Poliklinik von Toulouse behandelten Kranken. (Revue statistique pour l'année 1894 des malades traités à la Policlinique de Toulouse.)** *Annales de la Policlin. de Toulouse. No. 3. März 1895.*

L. erstattet die übliche Jahresübersicht, Besonderheiten sind nicht hervorzuheben.

E. J. MOURE.

5) **P. H. Maclaren** (Edinburgh). **Zwei Jahre chirurgischer Thätigkeit. (Two years work in two surgical wards.)** *Edinburgh Med. Journal. Januar 1895.*

Ein blosse Aufzählung der beobachteten Fälle; von speciellerem Interesse sind: Periostitis der Kiefer (6), Abscess der Stirnhöhle (1), Kieferhöhlenempyem (6), Epitheliom der Lippen (5), der Zunge (4), der Halsdrüsen (2), Sarcom des Kiefers (2).

P. MC. BRIDE.

6) **Schmidt. Anatomie des menschlichen Kopfes mit Einschluss des Halses. (Anatomie van het menschelyk heofd met inbegrip van den hals.)** Almelo. W. Hilarius. 1895.

Schematische Abbildungen, welche für Laien von grösserer Bedeutung wie für Aerzte sein dürften.

H. BURGER.

7) **B. Poulton** (Adelaide, South Australia). **Angina Ludovici — submaxillare Zellgewebsentzündung. (Ludwig's angina — submaxillary cellulitis.)** *Intercolon. Quarterly Journal of Medicine and Surgery. Februar 1895.*

Der 56jährige Patient zeigte eine starke Schwellung des Regio submaxillaris und der Mundboden war auf der rechten Seite emporgehoben. Es wurden am Hals und im Munde Incisionen angelegt, wobei sich fötider Eiter in Menge entleerte. An dem rechten Unterkiefer bestand eine vorgeschrittene Caries der Zähne. 5 Tage nach dem Eingriff erfolgte der Tod durch septische Bronchopneumonie.

A. T. BRADY.

8) **F. W. Higgins. Cyste vor dem Schildknorpel. (Pre-thyroid cyst.)** *N. Y. Medical Record. 16. März 1895.*

Der Tumor lag zwischen dem M. sterno-hyoideus und dem Thyreo-hyoideus, direkt auf dem Perichondrium. Es war eine dünnwandige Cyste, die beim Ausschälen barst. Dieselbe enthielt eine flockige Flüssigkeit vom Aussehen dünner Buttermilch, die flockigen Bestandtheile waren wahrscheinlich degenerirte Epithelien. Die Anhaftung des Tumors geschah durch einen Stiel, der von seiner oberen Seite hinter das Zungenbein in die Substanz der Zungenwurzel hinein sich erstreckte; derselbe hatte einen Durchmesser von etwa $^3/_{16}$ Zoll. Der Stiel war

für eine Sonde nicht durchgängig; er wurde deshalb abgeschnitten und die Wunde ohne Drainage verbunden. Bezüglich des Ursprungs der Cyste ist mit Wahrscheinlichkeit anzunehmen, dass es sich um eine traumatische cystische Verbreiterung eines peristirenden Theiles des Ductus thyreo-glossus oder His'schen Canals handelt. Dieses Gebilde, zuerst von His beschrieben (Menschliche Embryologie 1885, ausführlicher im Archiv für Anatomie, Juni 1890) ist ein Gang, der vom Pharynx durch die Zungenwurzel an der Vorderseite des Larynx zur Schilddrüse führt. Die Schilddrüsse ist in ihrem Ursprung beim Fötus von 2,5 mm eine einfache Ausstülpung an der Vorderseite des Pharynx. Sie schnürt sich dann durch das beständige Wachsthum der Zungensegmente an ihrem oberen Theile ab, steigt an der Vorderfläche der sich entwickelnden Trachea herunter, wobei sie die Gestalt einer Flasche erhält, deren langer und enger Hals mit dem Ursprungspunkt am Pharynx communicirt. Der bleibende Theil der Drüse wird solide, der Ductus, der in der 5. Woche des Fötallebens am grössten ist, atrophirt, bis er in der 8. Woche, von Ausnahmefällen abgesehen, verschwindet. Das Foramen coecum an der Zungenwurzel ist der Rest, der von dem oberen Ende dieses Ductus zurückbleibt. Seine Tiefe wechselt in weiten Grenzen. Verf. sah Cadaver, bei denen dies Foramen bis zum Zungenbein durchgängig war.

LEFFERTS.

9) **Battle** (London). **Symmetrische intermittirende Parotitis mit Xerostoma. (Symmetrical intermittent parotitis with xerostoma.)** *British Med. Journal. 16. Februar 1895.* Sitzung der Clinical Society of London am 8. Februar 1895.

In diesem Falle hatte Trockenheit des Mundes seit fünf Jahren bestanden, und innerhalb der letzten beiden Jahre war alle drei bis vier Wochen intermittirende Parotitis aufgetreten. Zur Zeit des Climacteriums war nicht nur die Zunge, sondern auch die Wangenschleimhaut völlig trocken gewesen. Auch hatte die Patientin alle Zähne verloren. Die Ductus Stenoniani waren nicht verstopft, da Speichel aus beiden ausfloss. Seit kurzer Zeit war eine Vergrösserung der Submaxillardrüsen eingetreten.

SEMON.

10) **v. Stubenrauch** (München). **Ueber einen Fall tuberkulöser Parotitis.** *Münch. med. Wochenschr. No. 41. 1894.*

Fall von primärer Parotistuberkulose, der als gewöhnliche Speichelcyste angesehen worden war; erst die mikroskopische Untersuchung zeigte, dass es sich um Tuberkulose handle.

SCHECH.

11) **Albert** (Wien). **Beiderseitige Schwellung der Parotisgegend bedingt durch langsam entstandene nicht entzündliche Schwellung beider Parotiden.** Demonstrirt in der Gesellschaft d. Aerzte in Wien am 14. Juni 1895. — *Wiener klin. Wochenschr. 1895. No. 26.*

A. hatte früher zwei ganz gleiche Fälle beobachtet. Einmal schwoll die Geschwulst nach dem Essen an. A. hält die Geschwulst für Hypertrophie der Parotis mit Bildung kleiner Cysten, da der Tumor sich grobkörnig anfühlt.

CHIARI.

12) **Hartmann. Tumor der Parotisgegend, Contusion und Blutaustritt in das Innere der Geschwulst. (Tumeur de la région parotidienne, contusion, epanchement sanguin dans son intérieur.)** *Bull. Soc. anat. Paris. 29. März 1895.*

Nichts Besonderes. A. CARTAZ.

13) **B. F. R. Clark. Ein einfacher und billiger Apparat zum Schutze des Gesichts bei Halsuntersuchungen. (A simple and inexpensive face-protector for throat-examinations.)** *Phil. Med. News. 16. Februar 1895.*

Wir geben den folgenden Bericht — in extenso — als Illustration für die merkwürdige Erscheinung, wieviel Mühe manche Leute aufwenden, um schliesslich etwas absolut Unnöthiges zu schaffen. Man schneidet in den Boden einer grösseren Pappschachtel zwei Augenlöcher. An der Innenseite der Schachtel wird durch Heftpflasterstreifen eine Glasplatte befestigt, die die Augenlöcher bedeckt. Die Schachtel wird vor das Gesicht gesteckt, so dass sie dieses vorn und an beiden Seiten bedeckt und unter das Kinn sowie über den Kopf sich hinüberschiebt. Ein Gummiband hält sie am Hinterkopf fest. Nach der Untersuchung wird die Schachtel verbrannt, das Glas desinficirt und in einer neuen Schachtel befestigt. LEFFERTS.

14) **J. M. Taylor. Ein Gesichtsschutz zur Untersuchung infectiöser Hälse. (A face guard for examination of infectious throats.)** *N. Y. Medical Journal. 23. März 1895.*

Das Schutzinstrument, dass aus Glas in dünner Metallfassung besteht, hält ein Assistent oder auch die Mutter des Kindes. Die Grösse des Glases ist gering, so dass das Gesicht gerade geschützt wird, das Instrument aber noch in einer gewöhnlichen ärztlichen Tasche sich unterbringen lässt. Man kann das Glas leicht herausnehmen und reinigen, aber auch den Apparat im Ganzen sterilisiren.

LEFFERTS.

b. Nase und Nasenrachenraum.

15) **Harrison Allen. Demonstration von Schädeln, um die Wirkung des Cretinismus auf die Gestalt der Nasenräume zu zeigen. (Demonstration of skulls showing the effects of cretinism on the shape of the nasal chambers)** *N. Y. Med. Journal. 2. Februar 1895.*

Kugelförmige Gestalt der Stirn bei unnatürlich vorspringendem Occiput, Depression zwischen diesem und dem Parietalbein, dabei zwerghafte Entwickelung der äusseren Nase (oder aber im Gegensatz dazu übernatürliche Höhe der Nasenbeine), Schmalheit des harten Gaumens und ungewöhnliche Grösse des hinteren Nasenraums sind nach Verf.'s Ansicht Characteristica cretinoider Zustände.

LEFFERTS.

16) **B. Baginsky** (Berlin). **Ueber das Verhalten von Nervenendorganen nach Durchschneidung der zugehörigen Nerven.** *Virch. Arch. Bd. 137. S. 389. 1894.*

Nach Durchschneidung der N. glossopharyngeus bei Kaninchen fand Verf.

keine Veränderungen an den Schmeckbechern; die von v. Vintschgau u. A. beschriebenen Befunde hält er nicht für pathologisch, sondern für „innerhalb der Norm befindliche Abnormitäten".

Versuche am Olfactorius dagegen führten zu einem positiven Resultat; es trat bei den Kaninchen eine Atrophie der gesammten Riechschleimhaut auf, an der die Riechzellen besonders stark betheiligt waren. Es war aber stets der ganze Bulbus olfactorius zerstört und dabei auch gewisse die Riechschleimhaut versorgende Gefässe verletzt worden, so dass nicht ganz klar wird, wie weit die Atrophie auf die Nervendurchschneidung zurückzuführen ist und wie viel der Circulationsstörung zur Last fällt. Verf. bezeichnet deshalb selbst die Degenerationsmethode als nicht verwerthbar für das Studium der Nervenendigungen in den sensorischen Endapparaten. F. KLEMPERER.

17) **G. Scheff** (Wien). **Beiträge zur Physiologie und Anatomie der menschlichen Nase. Der Weg des Luftstromes in der Nase.** Vortrag, geh. auf der 66. Versammlung deutscher Naturforscher u. Aerzte in Wien. — *Wiener med. Presse. 1895. No. 9 u. 10.*

Der Luftstrom geht seiner Hauptmasse nach durch den mittleren Nasengang. Diese schon von Kayser behauptete Richtung des Luftstromes wurde von Scheff durch Experimente an Leichen festgestellt. Ausserdem demonstrirt Sch. Ausgusspräparate der Nase, die zeigen, dass nur im mittleren Nasengange ein weiter hindernissfreier Weg für den Luftstrom ist. Die Discussion siehe beim Bericht über die 66. Versammlung D.-V.-A. CHIARI.

18) **Nasse** (Berlin). **Zwei Fälle von angeborener medianer Spaltung der Nase.** *Arch. f. klin. Chirurgie. 49. 1895.*

In dem ersten genau beobachteten, einen 18jährigen Jüngling betreffenden Falle glaubt N. die Spaltbildung, welche nur die Nase betraf, auf amniotische Verwachsungen zurückführen zu müssen, zumal in der Nasenrinne über der Nasenwurzel eigenthümliche hahnenkamm-ähnliche Wülste oder Falten der Haut vorhanden waren, welche sich kaum erklären liessen, wenn die Theile von innen auseinander gedrängt waren.

In dem zweiten Falle handelte es sich um ein wenige Wochen altes Kind, bei welchem eine Spaltung der Nase in der Medianlinie nur den knorpeligen Theil und das Septum der Nase betraf. SEIFERT.

19) **G. C. Wilkin. Verbiegung der Nase. (Deformation of the nose.)** *British Medical Journal. 12. Januar 1895.*

Demonstration des Patienten, eines 10jährigen Knaben, vor der Harveian Society of London. Die Deformität war durch das Tragen einer speciell verfertigten Schiene bedeutend verbessert worden. SEMON.

20) **A. S. Bloxam** (London). **Wiederherstellung einer Nase. (Restoration of nose.)** *British Medical Journal. 13. April 1895.*

Demonstration eines Mannes, dem der Vortragende eine Rhinoplastik mit einem Finger des Patienten (!) gemacht hatte. Die Entstellung war durch tertiäre

Syphilis veranlasst worden. Der Erfolg war sehr befriedigend. Die Details sind von rein chirurgischem Interesse und müssen im Original nachgelesen werden.

SEMON.

21) **R. F. Weir. Die Behandlung der Sattelnase mit Celluloidstützen. (The treatment of „saddle nose" with celluloid support.)** *N. Y. Medical Record. 27. April 1895.*

Verf. verwandte früher zur Stütze Guttapercha; er verliess es wieder, weil es unter der Haut erweicht und auch nicht immer vertragen wird. Den Gedanken, Celluloid zu benutzen, entlehnte er deutschen Autoren; er verwandte es zuerst zur Deckung von Löchern im Schädel und da es gut vertragen wurde, benutzte er es auch zu Nasenstützen. Der Erfolg war recht befriedigend. Eingeführt wurde die zweckentsprechend gebogene Celluloidplatte durch eine Incision in die Haut an der Seite der Nase. Die Narbe, die zurückblieb, war sehr gering. Zwei Versuche von der Nasenhöhle aus die Prothese einzulegen, hatten kein gutes Resultat. Verf. belegt seine Erfolge mit Photogrammen. Besonders ein Fall illustrirt besser als lange Darlegungen, was man alles mit diesem Organ sich gestatten darf. Es handelt sich um einen Mann mit übertrieben orientalischem Typus; die Nase war enorm, die Lippen sehr vorstehend. Es wurde ein Stück von dem Nasenbein fortgemeisselt, vom Knorpel ein V-förmiges Stück abgetragen und später auch, durch Anlegung eines V-förmigen Schnittes seitlich am Munde, die Lippe herabgezogen. Das Gesicht des Mannes war vollständig verändert; seine Freunde wunderten sich nicht wenig; er erzählte ihnen, dass er beim Reiten vom Pferde gestürzt wäre, dies sei das Resultat.

LEFFERTS.

22) **W. Freudenthal. Ueber rheumatische und ähnliche Affectionen des Rachens, Kehlkopfs und der Nase. (On rheumatic and allied affections of the pharynx, larynx and nose.)** *N. Y. Med. Record. 16. Februar 1895.*

Die ausführliche und interessante Arbeit vermehrt im Allgemeinen unsere Kenntniss des betreffenden Gebietes nicht; neu ist nur das eine, das Verf. entdeckt hat, nämlich eine neue Form von Rheumatismus des Rachens, der oberen Luftwege und der Nase. Er sagt darüber: „A priori ist nicht einzusehen, warum wir von einem Rheumatismus des Kehlkopfs sprechen sollen und nicht von einem solchen der Nase. Wir haben in diesem Organ eine Schleimhaut, die auf die leiseste Abweichung von der normalen Temperatur mit einer entzündlichen Reaction antwortet, wir haben Knorpel, Muskeln und Nerven daselbst, gerade so wie in den anderen Organen. Einzig die Gelenkverbindungen sind hier nicht so typisch wie an anderen Körperstellen, allein dies ist von geringer Bedeutung. Natürlich will ich nicht jede leichte Coryza, die einer Erkältung folgt, als Rheumatismus der Nase bezeichnet wissen, obwohl nicht wenige dieser Fälle rheumatischen Ursprungs sind. Der Name soll vielmehr auf die chronischen Fälle beschränkt bleiben, die meines Wissens bisher in der Literatur nicht beschrieben sind. Dieser Fälle giebt es, das muss ich zugeben, relativ wenige; aber ihre Symptome und ihr Verlauf sind derart, dass man wohl von einer besonderen Krankheitsform, vom Rheumatismus nasalis zu sprechen das Recht hat."

Verf. unterscheidet dann 2 Formen der Erkrankung, die eine mit sichtbaren Veränderungen in der Nase, die andere ohne solche. Wir verweisen auf das Original, in dem beide Arten von Fällen ausführlich beschrieben werden.

LEFFERTS.

23) **Redactionelle Notiz. Coryza. (Coryza.)** *N. Y. Medical Record. 16. Februar 1895.*

Es wird empfohlen, den Saft einer reifen Citrone aus der Hohlhand in die Nase aufzuziehen.

LEFFERTS.

24) **Taylor. Gegen Coryza der Kinder. (For coryza in children.)** *Philad. Med. News. 9. März 1895.*

Rp.	Atropin. sulphur.	$^1/_{600}$ g
	Morphin. „	$^1/_{60}$ „
	Chinin. „	$^1/_{10}$ „
	Strychnin. „	$^1/_{240}$ „
	Acid. arsenicos.	$^1/_{240}$ „

M. ft. pil. 1stdch. 1 Pille z. n. bis zum Gefühl von Trockenheit im Halse, darauf kleine Apomorphindosen zweistündlich.

LEFFERTS.

25) **M. Maurel. Der Gebrauch von Jodoformdämpfen bei Coryza und Bronchitis. (The employment of jodoform vapors in coryza and bronchitis.)** *N. Y. Med. Journal. 9. Februar 1895.*

M. legt beim Ausbruch der Coryza einen mit Jodoform gesättigten Wattetampon in die Nase ein; ausserdem lässt er mehrmals am Tage den Pat. die Dämpfe von Jodoformpastillen (3 millig. in der Pastille) einathmen. Er kommt zu folgenden Schlüssen: 1. Die von dem Jodoformtampon aufsteigenden Dämpfe heilen acute Coryza rapide und verhüten absteigende Bronchitis. 2. Diese letztere wird durch die Jodoformdämpfe (Tampon und Pastillen) schnell gebessert. 3. Dieselbe Therapie erweist sich auch bei arthritischer Coryza nützlich, gegen Ozaena aber ist sie machtlos. 4. Wahrscheinlich wird diese Therapie auch bei Tuberculose der oberen Luftwege von Nutzen sein. 5. Die Jodoformdämpfe scheinen auf alle die Affectionen günstig einzuwirken, welche von dem Staphylococcus aureus oder albus verursacht oder doch complicirt werden.

LEFFERTS.

26) **G. C. M. Godfrey. Gegen Coryza. (For Coryza.)** *N. Y. Medical Record. 16. Februar 1895.*

Folgende Medication fand Verf. sehr nützlich bei der Behandlung von Coryza, Heufieber, subacutem oder chronischem Nasencatarrh:

Rp.	Ac. tannici		
	Ac. borici	aa	4.0
	Cocain. muriat.		1.0
	Aquae	ad	30.0

M. d. S. als Spray zu gebrauchen.

Die Mischung stellt eine weisse Aufschwemmung dar, welche die Nasen- und

Halsschleimhaut nicht reizt. Die Häufigkeit der Anwendung ist nach den Bedürfnissen des einzelnen Falles zu reguliren. Die Wirkung ist eine antiseptische, adstringirende und sedative.

LEFFERTS.

27) **Dedieu. Die eitrige Rhinitis der Kinder. (De la rhinite purulente infantile.)** *Thèse de Paris. 1895.*

Verf. unterscheidet in der vorliegenden Studie die eitrige Rhinitis von der einfachen Coryza der Neugeborenen. Die eitrige Rhinitis kann blennorrhoischen Ursprungs sein, doch fehlen noch genauere Daten, die dies beweisen. Die Enge der kindlichen Nasenhöhle und die Leichtigkeit der eitrigen Infection reichen aus, um die Häufigkeit der Affection zu erklären. Der Verf. bespricht die Symptome der Erkrankung, ihre hauptsächlichen Complicationen (Otitis, Bronchitis etc.), ihre Therapie (Irrigationen von Borlösung, antiseptische Pulver u. s. w.

A. CARTAZ.

28) **C. Roberts Binder. Die klimatische Behandlung bei cirrhotischer Rhinitis. (Climatology in cirrhotic rhinitis.)** *Med. and Surg. Reporter. 12. Januar 1895. N. Y. Med. Journal. 16. März 1895.*

Es ist unsere Aufgabe bei der chronischen Rhinitis, den cirrhotischen Zustand zu bekämpfen. Ob derselbe die Folge der Hypertrophie ist, wie manche Autoren annehmen, oder ob er durch einen pathogenen Coccus oder Bacillus bedingt wird, wie andere behaupten, bleibt dahingestellt. Jedenfalls ist der Verlauf derselbe wie bei der Sclerose irgend eines anderen Organs; es ist eine proliferirende Entwicklung der Gewebszellen in verschiedenen Stadien von der Rundzelleninfiltration bis zur Narbenbildung mit Tendenz zur vorschreitenden Schrumpfung. Diese Contractur, in ihrem Wesen der Sclerose jedes anderen Organs gleich, ist infolge ihrer Lage leichter zu erreichen und dementsprechend auch für die Behandlung durch atmosphärische Veränderungen zugänglicher. Ebenso erfährt der Process Exacerbationen bei ungünstiger Umgebung. Verf. sah von klimatischen Einflüssen ausgesprochene Erfolge, theils Besserungen, theils sogar völlige Heilung der Krankheit. Die lokale Behandlung wurde nicht ausser Acht gelassen, obwohl sie Verf. nicht für sehr wesentlich hält. In Frage kommen für die Therapie drei verschiedene Klimen: Landluft, Höhenaufenthalt und Seeluft. Die Wahl hängt von den Umständen des Falles ab. Patienten, die in Städten nahe der See lebten, sollen ins Gebirge geschickt werden, in Plätze, wo die Luft relativ weniger Feuchtigkeit enthält. Andererseits sollen Binnenlandbewohner (Gebirgsbewohner kommen kaum in Frage, da sie von atrophischer Rhinitis fast ganz frei sind) auf Seereisen geschickt werden.

Verf. sah bei 2 Fällen von atrophischer Rhinitis Lugentuberkulose sich entwickeln; es scheint die Nasenkrankheit das Entstehen der Lungenaffection zu begünstigen, womit ein Grund mehr für die klimatische Therapie gegeben wäre.

LEFFERTS.

29) **Martin v. Wladár. Rhinitis fibrinosa.** Orvosi Hetilap. Budapest. 1894. 8.

Ein Bericht über neun Fälle von membranöser Rhinitis, welche in Folge von Cauterisation mit Chromsäure entstanden sind, theils Kinder, theils Erwachsene betreffend.

Offenbar hat v. W. die Nasenschleimhaut in sehr grosser Ausdehnung angeätzt, denn er schmolz nicht die Chromsäurecrystalle auf die Sonde, sondern pinselte die Nasenhöhlen mit einem in die concentr. Lösung getauchten Wattebausch ein. Die Krankheit hält er für eine durch Infection hervorgerufene, sie dauerte mehrere Tage, mit 39—40° Fieber, und bestand in der Exsudation von Membranen theils an der geätzten, theils an anderen Stellen oder in der ganzen Nasenhöhle. Ein Fall zeigte, mehrere Wochen hindurch recidivirende fibrinöse Ausschwitzungen. Bei der Behandlung leistete Jodoform die besten Dienste, welches in die Nasenhöhle insufflirt wurde nach vorhergehender Ausspülung derselben mit lauwarmen $^1/_2$ proc. Carbol- oder 3 proc. Spir. vin. rect. oder Aq. plumbi-Lösungen. Auch liess Verf. die Kranken mit einer Leinwandmaske vor der Nasenöffnung schlafen, damit die Nasenhöhle nicht austrockne.

v. NAVRATIL.

30) **Felsenthal** (Mannheim). **Zur Lehre von der Rhinitis fibrinosa.** *Münchener med. Wochenschr. No. 3. 1895.*

F. kommt zu der Anschauung, dass ein Theil der Fälle von Rhinitis fibrinosa nicht diphtherischer Natur und deshalb streng zu isoliren seien. Man findet auch öfter den Pseudodiphtheriebacillus in ihnen; man soll in jedem Falle die bakteriologische Untersuchung vornehmen.

SCHECH

31) **F. Guilpin. Beitrag zum Studium der Ozaena und der einfachen Rhinitis atrophica. (Contribution à l'étude de l'ozène et de la rhinite atrophique simple.)** *Thèse de Paris. 1895.*

G. unterscheidet aufs bestimmteste zwischen einfacher atrophischer Rhinitis und Ozaena. In der ersteren sieht er eine scleröse Rhinitis, bei der der atrophisirende Process durch Veränderungen an den Gefässen bedingt ist, während bei der Ozaena die Atrophie durch Sclerose des Epithels zu Stande kommt. Indess nimmt der Verf. an, dass oft beide Affectionen nebeneinander vorkommen.

A. CARTAZ.

32) **Sulzer. Ueber Neuritis optica nach Ozaena. (De la nevrite optique consécutive à l'ozène.)** *Annales d'oculistes. Januar 1895.*

Verf. berichtet über zwei Fälle von Neuritis optica, bei denen er keine andere Entstehungsweise der Krankheit finden konnte, als einen Zusammenhang mit der bei beiden Patienten bestehenden ozaenösen Rhinitis. Beide Patienten, ein Mann von 34 Jahren und eine 24jährige Frau, waren nicht specifisch erkrankt; es bestand weder Zahncaries, noch eine Sinuserkrankung, die für die rasche Entwicklung der Papillitis hätte verantwortlich gemacht werden können. Unter dem Einfluss der Behandlung der Ozaena gingen in ausgesprochenster Weise bei beiden Kranken die Augenerscheinungen zurück, um bald fast gänzlich zu verschwinden.

A CARTAZ.

33) **Jacoby** (Königsberg). **Kritik einiger neuerer Behandlungsmethoden der Ozaena und Darstellung eines neuen, vereinfachten Verfahrens.** Dissertation. Königsberg. 1895.

Die von J. an den die Ozaenafrage berührenden Anschauungen geübte Kritik

neigt sich zu der Annahme, gestützt auf die Untersuchungen in dem Materiale Kafemann's, dass eine Erkrankung der Nebenhöhlen resp. Caries nur ausserordentlich selten zu finden sei. In Bezug auf die histologischen Details stimmen die Untersuchungen des Verf. offenbar mit denen des Refer. überein. Zur Behandlung der Ozaena wird ein von Kafemann construirter Nasenobturator empfohlen, welcher gleichzeitig als Inhalator für Menthol, Eucalyptol, Ol. pini pumilionis etc. zu gebrauchen ist. SEIFERT.

34) **A. Baurowicz. Ueber die primäre Tuberkulose der Nasenschleimhaut. (Pierwotna gruzlica btony sluzowej nosa.)** *Przeglad. Lek. No. 24 und 25. 1895.*

Nachdem Verf. die Frage der Nasentuberkulose im Allgemeinen genau besprochen hat, beschreibt er 3 Fälle von primärer Nasentuberkulose, die er auf der laryngologischen Klinik in Krakau (Prof. Pieniaczek) beobachtet hat. In den ersten zwei Fällen bei sonst gesunden Frauen (von 40 und 14 Jahren) handelt es sich um tuberkulöse Tumoren, die ihren Sitz an dem Septum nasi hatten. Die einzige Klage der Patienten bildeten die starke Nasenverstopfung und Nasenblutungen. Im dritten Falle, bei einer 24jährigen Frau, welche ebenfalls an starker Nasenstenose litt, wurde im vorderen Theile des Septum eine kleine Perforation gefunden, umgeben von Granulationen, die eine Art Tumor bildeten.

In allen drei Fällen wurde eine rein chirurgische Therapie angewendet (Auskratzung und Excision) mit Ausgang in Genesung. Die mikroskopische Untersuchung erwies die tuberkulöse Structur. Bacillen, und zwar vereinzelte, wurden nur in einem Falle gefunden. A. v. SOKOLOWSKI.

35) **Mendel. Syphilitischer Schanker an den Nasenlöchern. (Chancres syphilitiques des narines.)** *Soc. franç. de dermat. 14. März 1895.*

Eigenartig an dem Falle war das symmetrische Auftreten zweier Schanker an beiden Nasenlöchern. A. CARTAZ.

36) **Lermoyez. Die Behandlung der tertiären Syphilis der Nase. (Traitement de la syphilis nasale tertiaire.)** *Presse méd. 13. April 1895.*

Eine Uebersicht über die in solchen Fällen einzuschlagende Therapie.

A. CARTAZ.

37) **Thomas Hubbard. Nasenbluten und Schwangerschaft; Bericht über einen letal endigenden Fall. (Epistaxis and pregnancy; report of a fatal case.)** *N. N. Med. Record. 24. April 1895.*

Art und Ausgang des Falles sind aus der Ueberschrift zu erkennen.

LEFFERTS.

38) **A. Sikkel** (Haag). **Etwas über die Therapie des Nasenblutens. (Iets over de therapie der neusbloeding.)** *Med. Weekbl. 2. Februar 1895. I. No. 44.*

Practische Winke. H. BURGER.

39) **F. F. Beu. Asthma. (Asthma.)** *Med. Age. 25. Januar 1895.*

Nichts Neues. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

40) J. B. Scott. **Asthma und Anämie geheilt durch Abtragung von Nasenpolypen. (Asthma and anemia relieved by removal of nasal polypi.)** *Philad. Med. News. 16. März 1895.*

Die Polypen wurden mittelst der Bosworth'schen Schlinge und der Allen'schen Zange abgetragen; der Eingriff war ziemlich blutig; in der nächsten Nacht kein Asthmaanfall mehr.

LEFFERTS.

41) W. H. Weaver. **Postnasale Hypertrophie in ihrer Beziehung zum Heufieber und zu anderen Krankheiten. (Post-nasal hypertrophy in its relation to hay fever and other diseases.)** *Journal Amer. Med. Associat. 9. Februar 1895.*

Verf. betont die Wichtigkeit der Entfernung postnasaler Hypertrophien. Für die beste Methode hält er die Aetzung mit Chromsäure. Er berichtet über drei Fälle, zwei von Heufieber und eine Migräne, die er auf diesem Wege heilte.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

42) Jourouschi. **Rhythmischer Husten nasalen Ursprungs. (Rhythmic cough of nasal origin.)** *Médecine moderne. 1894. No. 101. Philad. Med. News. 16. März 1895.*

Der Fall betrifft eine Frau, die wegen eines seit $5^1/_2$ Jahren bestehenden Hustens die Behandlung aufsuchte. Derselbe war anfangs in langen Intervallen aufgetreten, später waren die Hustenanfälle stärker und häufiger geworden, alle 4—5 Minuten aufgetreten, was die Patientin stark mitnahm. Der Husten hatte einen bellenden Ton. Beim Fehlen jeder objectiven Ursache für denselben wurde die Diagnose auf Hysterie gestellt; allein trotz der in diesem Sinne eingerichteten Behandlung wurde keine Besserung erzielt. Als die Pat. später wieder in Behandlung kam, wurde ein Tumor, der sich dann als Lymphadenom erwies, von $^3/_4$ Zoll Länge und $^4/_{10}$ Zoll Dicke im Nasenrachenraum entdeckt. Derselbe berührte den Vomer. Nach seiner Entfernung war der Husten dauernd verschwunden.

LEFFERTS.

43) Mayo Collier. **Nasenleiden als Ursache von Neuralgie. (Nasal disease causing neuralgia.)** *British Medical Journal. 12. Januar 1895.*

Demonstration eines Falls von Nasenleiden, welches schwere, vier bis fünf Jahre lang anhaltende Neuralgie (wo ? Ref.) verursacht hatte. Die vorderen Nasenöffnungen waren verstopft; die Sonde wies aber Knochencaries nach. Der Vortragende entfernte einen Polypen und später nekrotischen mit Granulationen bedeckten Knochen. Der Patient genas.

Dr. Cagney berichtete einen Fall, in welchem schwere Neuralgie des zweiten Trigeminusastes, die seit zwölf Jahren bestanden hatte, sich als eine Folgeerscheinung von Erkrankung der mittleren Muschel ergab. Der nekrotische Theil wurde von Mr. Collier entfernt, und das Resultat war befriedigend.

SEMON.

44) Fliess (Berlin). **Magenschmerz und Dysmenorrhoe in neuem Zusammenhang.** *Wiener klin. Rundschau. 1895. No. 1, 2, 3, 5, 8, 9 und 10.*

Von der Nase aus gelingt ihre Heilung jedesmal mit der Sicherheit des

Experimentes, so sagt F. Für das Zustandekommen des Magenschmerzes (nervöse Cardialgie) ist eine Art Zentrum im vorderen Drittel der linken mittleren Muschel gelegen. Durch Cocainisirung dieser Stelle wird der Schmerz vorübergehend, durch Entfernung des vorderen Drittels der l. m. Muschel dauernd behoben. Aetzung genügt nicht.

Die Arm-, Bein-, Schulter-, Kopf- und Herzschmerzen und Dysmenorrhoen sind alles nasale Fernleiden. Mehrere Fälle werden als Beweis vorgebracht. Cardialgien durch Tabes, Hysterie, Chlorose, Malaria oder Ulcus bedingt werden nicht nasal beeinflusst. Reine Dysmenorrhoen werden durch Aetzung der unteren Muschel und des Tuberculum septi beiderseits beseitigt. 13 Krankengeschichten erläutern dies. Die Bauchschmerzen stehen mit den unteren Muscheln und die Kreuzschmerzen mit dem Tuberculum septi in Zusammenhang; auch findet Kreuzung statt. Es folgen noch zahlreiche Krankengeschichten, welche den Beweis bringen sollen für Nexus zwischen Genitalien und Nase.

Die Veränderungen in der Nase sind entweder hyperplastischer oder vasomotorischer Art.

Man sieht aus diesem kurzen Auszuge, dass Fliess bald alles von der Nase aus heilen wird; leider können sich andere Aerzte dieser Erfolge nicht rühmen.

CHIARI.

45) **Georges Clément. Klinische Studie über die Beziehung zwischen den Erkrankungen der Nasenhöhlen und den unteren Luftwegen. (Étude clinique sur le rapport des affections des fosses nasales avec les organes respiratoires inférieures.)** *Thèse de Paris. 1895.*

C. behandelt in seiner Dissertation den schädlichen Einfluss von Läsionen der Nase (Verengerungen, Infectionen) auf den Zustand des Halses und der Athemwege. Er bringt einige neue Fälle bei, in theoretischer Hinsicht jedoch nichts Neues.

A. CARTAZ.

46) **Ziem. Nochmals die Erkrankungen der Nase bei Infectionskrankheiten, auch bei Diphtherie.** *Münchn. med. Wochenschr. No. 8. 1895.*

Bemerkungen zu Hacke's Beiträgen zur Pathologie der oberen Athmungswege, Diphtherie, Tuberculose, Bronchopneumonie, Pleuritis betr. Ziem glaubt mit Heller, dass die Infectionsstoffe zuerst auf die Schleimhaut der Nase und Nasenhöhlen einwirken, besonders wenn hier schon Catarrhe vorhanden sind. Trotz Anwendung des Heilserum muss bei Nasendiphtherie die Nase sorgfältigst ausgespritzt werden.

SCHECH.

47) **K. Störk** (Wien). **Gehirninfection von Seite der Nase.** *Wiener medicin. Wochenschr. 1895. No. 21, 22 und 23.*

Ebenso wie durch fieberhafte Infectionskrankheiten plötzlich Psychosen durch Gehirninfection entstehen können (wofür St. mehrere lehrreiche Beispiele bringt), ist es auch Wagner in Wien gelungen, manche akute Psychosen durch Injection von Kochin zu heilen. Das Kochin erzeugt nämlich durch seine Entzündung und Fieber erregende Eigenschaft heilende Veränderungen im Gehirne. Auch von der Nase aus kann Gehirninfection stattfinden. Influenza- und Tuber-

kulosebacillen können von der Nase aus durch die Lymphgefässe in die subduralen Lymphräume gelangen (Leyden, Demme, Pfeiffer). Störk selbst beobachtete 2mal bei Ozaena putrida atrophica eine acute Psychose, die möglicher Weise von den Mikroorganismen der Nase ausging. Einmal entstand bei Rhinitis purulenta chronica durch Aetzung mit Lapis Meningitis, die in 3 Tagen zum Tode führte (Beobachtung aus der Klinik des Prof. v. Sigmund im Jahre 1860).

Ausserdem berichtet Störk über 5 Fälle mit Sectionsbefunden aus dem Krankenhause, bei denen eitrige Rhinitis zu Meningitis seropurulenta geführt hatte. Schliesslich betont Störk, wie wichtig es sei, die Möglichkeit von Gehirninfection von Naseneiterungen her zu kennen, um bei Operationen in der Nase sich der grössten Vorsicht zu befleissigen.

CHIARI.

48) **William Martin. Einige interessante rhinologische Fälle. (Some rhinologic cases of interest.)** *Philad. Med. News. 26. Januar 1895.*

Verf. beschreibt ein Angiom des Nasenrachenraums; ferner einen Fall von angioneurotischem Oedem (der übrigens kaum als rhinologisch zu bezeichnen ist, wenn auch der Pat. wegen eines Nasenleidens in Behandlung war und das Oedem wahrscheinlich durch die Reizung der nasalen Nervenendigungen bei dem neurotischen Patienten zu stande kam); dann einen Fall von Fremdkörper (Schuhknopf) in der Nase, eine Septumdeviation — beides gerade keine Seltenheiten; schliesslich einen Fall, den der Verf. als eine Spaltung des Septums bezeichnet, der wohl aber eher als Nasenscheidewandabscess nach Verletzung aufzufassen ist. Bei der Untersuchung des betreffenden Patienten fand sich die Nase äusserlich sehr stark geschwollen und innen beiderseits verschlossen. Bei genauerer Untersuchung ergab sich, dass die beiden Platten des knorpligen Septums getrennt waren und den Zwischenraum ein Exsudat erfüllte. Man fühlte mit der Sonde Fluctuation und bei Anwendung eines gewissen Druckes konnte man die Platten einander etwas nähern. Die Muscheln waren normal.

LEFFERTS.

49) **Bresgen. Die Nasenkrankheiten der Schulkinder.** *Münchn. med. Wochenschr. No. 1. 1895.*

Verf. bespricht die Folgen verschiedener Nasenkrankheiten bei Kindern, so namentlich den chronischen Schnupfen, der zu Eczembildung, Erysipel und Infection mit Tuberkelgift führen kann und durch wiederholte kleinere Blutungen zu Anämie und ferner zu Empyem der Nebenhöhlen. Sodann schildert Verf. die bekannten Erscheinungen und Gefahren der Mundathmung, die Affection des Ohres, des Auges, der Vergrösserung der Rachen- und Gaumenmandel.

SCHECH.

50) **Kyle. Oleum Cinnamomi bei Nasenaffectionen. (Oil of cinnamon in nasal affections.)** *N. Y. Med. Record. 4. Mai 1895.*

Verf. hält das Zimmtöl in Lösung von 1:500 für ein gutes Schleimhaut-Antisepticum und empfiehlt seine Anwendung bei infectiösen Nasen-, Kehlkopf- und Ohrerkrankungen.

LEFFERTS.

51) **H. W. Loeb. Die Spiegelprobe bei Nasenverstopfung. (The mirror test for nasal obstruction.)** *Texas Med. Journal. Januar 1895.*

Zwaardemaker machte darauf aufmerksam (Arch. f. Laryngol. I. S. 175), dass man das Vorhandensein einer Nasenverengerung an der Figur des Niederschlages, den die Exspirationsluft auf einem vor die Nase gehaltenen Spiegel bilde, erkennen könne. Je stärker die Verstopfung der einen Seite, um so weniger Luft kann passiren, um so geringer also der Wassergehalt; damit ist eine Verkleinerung der Niederschlagsfigur gegenüber der gesunden Seite gegeben. L. hat dies Verfahren bei seinen Patienten erprobt. Zwaardemaker liess den Spiegel in horizontaler Richtung, in der Höhe des Kinns, der Unter- und Oberlippe halten. L. lässt den Pat. vor einem grossen Spiegel mit zurückgebeugtem Kopf stehen, so dass die Nase dicht vor oder in Berührung mit dem Spiegel ist; bei geschlossenem Munde lässt er dann kräftig durch die Nase athmen. Dem Artikel sind zahlreiche Abbildungen beigegeben. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

52) **X. Blasen oder Waschen? (To blow or wash?)** *British Medical Journal. 26. Januar 1895.*

Eine kurze Notiz in der verlangt wird, dass wir unsere Nasen öfters auswaschen sollten. Am einfachsten sei es, das Gesicht in lauwarmes Wasser zu tauchen und durch die Nase Wasser aufzuziehen.

In den folgenden Nummern finden sich zwei kurze Erwiderungen.

ADOLPH BRONNER.

53) **Ingals. Cauterisation der Nase. (Cauterization of the nares.)** *N. Y. Med. Record. 16. Februar 1895.*

Es ist wesentlich, nach dem Cauterisiren der Nasenschleimhaut regelmässig antiseptische Lösungen zu appliciren; auch soll der Pat. mehrere Tage lang, wenn er ausgeht, zur Verhütung von Erkältung die Nase mit Watte verschliessen.

LEFFERTS.

c. Mundrachenhöhle.

54) **Lyon** (Paris). **Acute nicht-diphtheritische Anginen. (Angines aiguës non diphthériques.)** *Méd. mod. 2. Januar 1895.*

Ein Uebersichtsartikel. LUC.

55) **E. B. La Fevre. Die exsudativen Anginen. (The exudative anginae.)** *Med. Fortnightly. 19. Januar 1895.*

Nichts Neues. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

56) **W. Frankowski. Ueber die Beziehung zwischen Angina follicularis s. lacunaris epidemica acuta und Diphtherieepidemie. (Ostre epidemiczne torebkowate zapalenie gardła i jejo stosunek do błonicy epidemicznej.)** *Medycyna. No. 8. 1895.*

Verf. behauptet auf Grund eines reichlichen klinischen Materials, dass die

sogenannte Angina follicularis ein Leiden sui generis darstellt und in keinem Zusammenhange mit der Diphtherie steht. Andererseits aber behauptet Verf., dass die Angina follicularis eine Art Vorläufer der Diphtherie darstellt und dass während der Epidemie erscheinende sogenannte catarrhalische Anginen und Peritonsillitiden das baldige Aufhören der Diphtheritis-Epidemie (? Ref.) anzeigen.

A. v. SOKOLOWSKI.

57) **Teissier. Ein Fall von pseudomembranöser Angina bei einem syphilitischen Individuum mit ausschliesslicher Anwesenheit von Soorpilzen in der Membran. (Sur un cas d'angine pseudo-membraneuse observée chez une syphilitique avec présence exclusive dans l'exsudat des formes levures de muguet.)** *Arch. de méd. experiment. VII. 2. 1895.*

Die Kranke war im 6. Monat schwanger und syphilitisch; sie hatte eine Angina mit zwei kleinen weissen Flecken; die bakteriologische Untersuchung mit Mikroskop und Cultur ergab nur den Soorpilz u. z. in Sprossketten, ohne Mycel. Die Angina heilte schnell. Der Mund der Kranken war weder trocken, noch von saurer Reaction, die Pat. keineswegs kachektisch, also alle Bedingungen, die der Entwicklung von Soor sonst günstig sind, fehlten.

A. CARTAZ.

58) **W. Neweschin** (Moskau). **Angina ulcero-membranosa. (Angine ulcéro-membraneuse.** *Trudi obtsch. det. wrat. Moscau. 1894.*

Beschreibung von 4 Fällen dieser Krankheit, die zuerst von Barthez und Sanné und später von Bergeron und Anderen beschrieben worden ist. Alle 4 Pat. gehörten dem Kindesalter an und zeigten alle characteristischen Symptome dieser Krankheit: Der spec. foetor ex ore, Salivation, Geschwüre und Beläge im Rachen, Lymphdrüsenschwellung etc. Als Ursache konnten nur schlechte hygienische Verhältnisse angegeben werden. Schnelle Heilung nach Kali chlor.

LUNIN.

59) **Danziger. Ueber Angina urica.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. No. 1. 1895.*

Unmittelbar gewöhnlich einen Tag vor dem Gichtanfalle auftretende Halsschmerzen, welche mit demselben wieder verschwanden. Weicher Gaumen erysipelatös, auch folgte einmal Abscedirung. Das letztere ist ebenso selten wie das Verschwinden der Halsschmerzen nachdem die befallenen Gelenke eine normale Beschaffenheit wieder erlangt haben.

SCHECH.

60) **F. B. Storer. Die Mandeln. (The tonsils.)** *N. Y. State Medical Reporter. Februar 1895.*

Nichts Neues.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

61) **J. A. Thompson. Die Mandeln als Quelle der Infection. (The tonsil as a site of infection.)** *Cincinnati Lancet-Clinic. 2. März 1895.*

Verf. verlangt, dass man alle mögliche Mühe darauf verwenden soll, die Mandeln in gesundem Zustand zu erhalten; besonders bei Erkältungen und bei allen acuten fieberhaften Krankheiten soll man auf Hals und Nase mehr als bisher Acht haben. Gelingt die Gesunderhaltung der Mandeln nicht, so sind sie zu entfernen. Eine hypertrophische oder chronisch entzündete Mandel hat die Resistenz-

fähigkeit gegenüber der Invasion von Bakterien verloren und ist eine beständige Gefahr. **W. J. SWIFT (LEFFERTS).**

62) **Robert Boyd. Ein Fall von Tonsillitis mit Erythem. (A case of tonsillitis with erythema.)** *N. Y. Med. Record. 2. Februar 1895.*

Bei dem Aussehen des Halses und dem Vorhandensein des Ausschlages vermuthete B. eine Scarlatina. Die Tonsillen wurden dann etwas weicher. B. incidirte unter aseptischen Cautelen und entleerte eine erhebliche Menge Eiter.

LEFFERTS.

63) **Paul Maurel. Ueber die Infectiosität und Contagiosität der acuten Mandelentzündung. (De l'infectiosité et de la contagiosité de l'amygdalite aigue.)** *Thèse de Paris. 1895.*

M. hat alles Material zusammengestellt, das für die infectiöse Natur der Tonsillitis und ihrer Complicationen (Otitis, Pleuritis, Arthritis, Orchitis etc.) spricht; er bespricht die klinischen und bakteriologischen Erscheinungen dieser Krankheit und ihre Verschiedenheiten je nach dem Vorwiegen des einen oder anderen Mikrobions. Die Contagiosität der Tonsillitis ist relativ gering, allein sie ist sicher vorhanden. M. führt eine Reihe von Fakten an, aus denen das thatsächliche Vorkommen kleiner Familien-Epidemien klar hervorgeht.

A. CARTAZ.

64) **F. Woodbury. Bemerkungen über die Behandlung der Tonsillitis. (A note on the treatment of tonsillitis.)** *Philad. Med. News. 30. März 1895.*

Unter Beiseitelassung der folliculären Formen will Verf. die Fälle von Tonsillitis klinisch folgendermassen gruppiren: 1. catarrhalische oder oberflächliche, 2. parenchymatöse oder eitrige und 3. infectiöse Formen; zu den letzteren die a) specifische und b) diphtheritische Tonsillitis gehörig. Bezüglich der Behandlung sagt W. nichts Neues. **LEFFERTS.**

65) **Raymond. Guajacol bei folliculärer Tonsillitis. (Guajacol in follicular tonsillitis.)** *N. Y. Med. Record. 4. Mai 1895.*

Das Guajacol soll nach R. bei folliculärer Tonsillitis lokal 1 oder 2mal applicirt innerhalb 48 Stunden zur Heilung führen. **LEFFERTS.**

66) **Lichtwitz** (Bordeaux). **Die Abtragung hypertrophischer Tonsillen mit der elektrischen Schlinge. (De l'ablation des amygdales hypertrophiées avec l'anse électrothermique.)** *Méd. moderne. 30. Januar und 2. Februar 1895.*

Verf. wendet ausschliesslich diese Methode für die Tonsillenexstirpation an; bei 400 auf diese Weise operirten Fällen hat er kein Beispiel von Hämorrhagie beobachtet. Als Elektricitätsquelle benützt er Accumulatoren und bei einem Draht von $^1/_3$ mm (die von ihm empfohlene Dicke) wendet er eine Intensität von 8 M.-A. an. Ist die Tonsille wohl gestielt, so fängt er an, die Schlinge zusammenzuziehen vor der Einführung des Stromes. Hat die Tonsille dagegen eine breite Basis, so lässt er die Einführung des Stromes dem Zusammenziehen der Schlinge vorangehen, um eine Furche auf der Oberfläche der Mandel zu bilden. Die Operation soll nur 2 bis 4 Sekunden dauern. Bei kürzerer Dauer würde für

die Blutstillung nicht ausreichend gesorgt sein, bei längerer Dauer könnte eine Zerstörung der tiefer liegenden Theile durch Irradiation verursacht werden.

LUC.

67) **Canaby. Die Abtragung hypertrophischer Mandeln mit der elektrischen Glühschlinge. (De l'ablation des amygdales hypertrophiées avec l'anse électrothermique.)** *Thèse de Bordeaux. 1895.*

Verf. stellt die Litteratur über die Frage der Entfernung hypertrophischer Mandeln zusammen und kommt zu dem Resultate, dass die Benutzung der heissen Schlinge den Vorzug verdient.

E. J. MOURE.

68) **Mounier. Die Electro-Amygdalotomie als Mittel zur unblutigen Abtragung der Mandeln. (De l'électro-amygdalotomie comme moyen d'ablation des amygdales sans hémorrhagie.)** *France méd. 15. März 1895.*

M. empfiehlt die elektrische Schlinge zur Abtragung hypertrophischer Mandeln.

A. CARTAZ.

69) **Kretschmann. Ein Instrument zur Behandlung gewisser Formen hypertrophischer Tonsillen.** *Münchn. med. Wochenschr. No. 9. 1895.*

Das Instrument stellt eine schneidende Löffelzange dar, ähnlich jener, wie sie zur Entfernung der adenoiden Wucherungen bereits mehrfach existiren, nur mit dem Unterschiede, dass die Ringe nicht auf- sondern ineinandergreifen. Es eignet sich bei Gaumenmandeln, welche mit dem Gaumenbogen verwachsen oder hinter demselben so verborgen sind, dass sie nicht hervorgezogen werden können; ferner auch zum Abtragen stehen gebliebener Reste oder anderer Fortsätze.

SCHECH.

70) **Triep** (Ahaus). **Ueber Tuberculose der Tonsillen.** Dissertation. Würzburg. 1891.

Die Mittheilung bezieht sich auf einen Fall von secundärer Tonsillartuberkulose als Theilerscheinung der Tuberkulose des Rachens und weichen Gaumens. Die Epitheldecke der auffallend vergrösserten Tonsillen in ihrer ganzen Ausdehnung intact, das lymphadenoide Gewebe an einzelnen Stellen normal, zum grössten Theile jedoch von tuberkulöser Wucherung ergriffen. Es finden sich ausgebreitete zusammenhängende Tuberkelherde mit und ohne Riesenzellen und isolirte riesenzellige Tuberkel. Besonders zahlreich sind die Tuberkel subepithelial gelegen; vereinzelt finden sie sich im Innern der Follikel.

SEIFERT.

71) **Fournier** (Paris). **Der Schanker der Mandeln. (Du chancre amygdalien.)** *Bull. méd. 30. Januar 1895.*

F. beschreibt drei Formen dieser primären Localisation der Lues:

1. die erosive,
2. die ulceröse und
3. die anginöse Form.

Im letzteren Falle ist die specifische Läsion von einer wahren Amygdalitis begleitet.

Weiter beschreibt Fournier zwei seltenere Formen, die leicht der Diagnose Schwierigkeiten bereiten: die pseudomembranöse und die gangränöse Form.

LUC.

72) **J. Sedziak. Ein ungewöhnlicher Fall von Gaumen-Mandel-Syphilis. (Niezwykty przypadek przymiotu migdałków.)** *Kronika Lek. No. 6. 1895.*

Bei der 28jährigen sonst gesunden Fran bestand seit 3 Wochen ein dicker weisslicher Belag auf der linken Tonsille. Später traten auch einzelne weisse Flecken auf der Zungen-Tonsille hervor. Das Kauen war sehr erschwert. Die Diagnose schwankte, da die Patientin anamnestisch wie auch objectiv keine syphilitische Erscheinungen darbot, zwischen chronischer Diphtherie und maligner Neubildung.

Bei der vom Verf. proponirten antisyphilitischen Behandlung schwanden alsbald die oben erwähnten pathologischen Erscheinungen.

A. v. SOKOLOWSKI.

73) **O. M. Waterman. Tumoren der Tonsillen. (Tumors of the tonsils.)** *Med. and Surg. Reporter. 2. März 1895.*

Nichts von besonderem Interesse. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

74) **H. T. Machell. Papillom der Tonsillen. (Papilloma of the tonsils.)** *N. Y. Med. Journal. 19. Januar 1895.*

Die Tonsillen erscheinen auf den ersten Blick rauh und zerrissen. Bei genauerer Betrachtung aber zeigte sich, dass die Rauhheit der Oberfläche bedingt war durch eine Unzahl von Papillen oder gestielten Massen, die eng neben einander sassen und so weit nach abwärts reichten, als man sehen oder mit dem Finger fühlen konnte; nach vorn erstreckte sich derselbe Zustand bis auf die Uvula und an die Zungenbasis heran. Die Empfindlichkeit der leicht palpirbaren Massen war nur gering. Jedes der kleinen Papillome schien eine Bildung für sich zu sein. Manche hatten einen sehr schmalen Stiel, andere einen breiteren, ungestielt schien keines zu sein. Die Papillen waren so eng gedrängt und so massenhaft, dass man sich nur wundern konnte, dass Pat. überhaupt zu schlucken vermochte. In der That wurden feste Speisen sehr schwer und auch Flüssigkeiten nur langsam geschluckt.

LEFFERTS.

75) **Roux. Beitrag zum Studium der Mandelsteine. (Contribution à l'étude des calculs amygdaliens.)** *Thèse de Bordeaux. 1895.*

Anlässlich eines Falles, den er auf der Clinique de la Faculté de Bordeaux (Service du Dr. E. I. Moure) beobachtet hat, giebt Verf. eine ausführliche Studie über diese Erkrankung, die jedoch nichts Neues beibringt.

E. J. MOURE.

76) **A. Rosenberg** (Berlin). **Kalkconcremente in der Tonsille.** *Berliner klin. Wochenschr. 1895. No. 13.*

R. zeigte einen ihm von Dr. Israelsohn aus Smolensk überlassenen aus der rechten Tonsille entfernten Stein von 10 g Schwere, 4 cm Länge und 1,5 cm Dicke.

LANDGRAF.

77) **Panzer** (Wien). **Naevus vasculosus palati mollis.** Aus der laryngolog. Abtheilung des Prof. Chiari: Vortrag in der Wiener laryngolog. Gesellschaft am 4. April 1895. — *Wiener klin. Rundschau. 1895.*

Es handelte sich um eine flache nicht prominirende Gefässgeschwulst an der linken Hälfte des Velums mit zahlreichen dilatirten Gefässchen umgeben. Sonst war nirgends eine Gefässgeschwulst vorhanden. Die Bildung war angeboren und wuchs nicht. Daher wurde keine Behandlung eingeleitet. P. betont noch die Unterschiede zwischen flachem Nävus und Cavernom und führt ähnliche Fälle aus der Litteratur an.

CHIARI.

78) **Spillmann u. G. Etienne. Syphilis hereditaria tarda, (Syphilis héréditaire tardive.)** *Revue méd. de l'Est. 1. Januar 1895.*

Die Verff. berichten über 2 Fälle von congenitaler Spätlues. Der erste Kranke, ein junger Mann von 19 Jahren, hatte früher eine Conjunctivitis, Ulcerationen an der Cornea und Angina gehabt. Gegenwärtig bestanden ausgedehnte Ulcerationen am Gaumensegel, die zur Perforation führten. Unter Quecksilber- und Jodkaligebrauch trat Heilung ein.

Der zweite Kranke war 38 Jahre alt; er hatte alte Verwachsungen zwischen Gaumensegel und Rachenwand und Ulcerationen an der Stirn.

A. CARTAZ.

79) **Lieven. Beitrag zur Behandlung der flächenhaften syphilitischen Verwachsungen des weichen Gaumens mit der hinteren Rachenwand.** *Münchner med. Wochenschr. No. 21. 1895.*

Zur Entstehung ausgebreiteter Verwachsungen tragen vor allen Dingen zwei Factoren bei, einmal die Fixation des weichen Gaumens durch Narbenzug an der Umschlagstelle zwischen hinterem Gaumenbogen und Seitenstrang und zweitens die an den Muskeln sich abspielende Myositis specifica, welche die Muskeln functionsunfähig macht. Lieven operirt in Chloroformnarkose bei herabhängendem Kopfe, bei Verwachsungen geringeren Grades mit Cocain. Zuerst wird mit der krummen Scheere die Ablösung der Gaumenbögen vorgenommen, dann unter Führung des Fingers weiter oben befindliche Narbenstränge durchtrennt; dann wird Europhen insufflirt mit einem Europhenballen tamponirt. Am 3. Tage Tamponwechsel nach vorheriger Ausspritzug mit 1 proc. Borsäure; zur Verhinderung der Wiederverwachsung wird ein stärkerer colpeurynterartiger mit einem Hahn versehener und aufzublasender Gummiballon in den Nasenrachenraum eingeführt und täglich 4 bis 5 Stunden später 2 bis 3 Stunden liegen gelassen. Lieven betont mit Recht, dass sich jene Fälle nicht zur Operation eignen, bei denen die Musculatur des Velum geschwunden ist, man riskirt eventuell, dass die Beschwerden der Kranken nach Beseitigung der Verwachsung grösser werden, als sie vorher waren.

SCHECH.

80) **X. Ein Obturator für Gaumenspalten. (Cleft palate obturator.)** *British Medical Journal. 26. Januar 1895.*

Eine entfernbare Gummiplatte wird zwischen die zwei Blätter des falschen Gebisses eingeführt. Abbildung.

ADOLPH BRONNER.

81) **J. Wolff** (Berlin). **Uranostaphyloplastik.** *Berliner klin. Wochenschr. 1895. No. 21.*

Vorstellung des jetzt 8jährigen Patienten, der von W. im Alter von 14 Monaten operirt worden war. LANDGRAF.

d. Diphtheritis und Croup.

82) **Habel** (Troppau). **Kurze Mittheilung über einen Fall von Nachwirkung des Diphtherieheilserums.** *Deutsche med. Wochenschr. 1895. No. 1.*

11jähr. Knabe. Einspritzung am 19. 11. Rachen frei am 24. 11. Am 1. 12. stark juckender Ausschlag. Abgeschlagenheit, Schmerzen in allen Gliedern, besonders in den Knien. Temperatursteigerung bis 39°. Urin eiweisfrei. Dauer der Nachkrankheit etwa 1 Woche. LANDGRAF.

83) **Goebel. Diphtherierecidiv bei Behandlung mit Behring's Heilserums** *Dtsch. med. Wochenschr. 1895. No. 2.*

Beobachtung aus der ersten chirurgischen Abtheilung des Hamburger Krankenhauses in Eppendorf. LANDGRAF.

84) **Widerhofer** (Wien). **Ueber 100 mit Behring's Heilserum behandelte Fälle von Diphtherie.** *Deutsche med. Wochenschr. 1895. No. 2.*

W. resumirt seine Erfahrungen in folgenden Sätzen:

1. Behring's Heilserum beeinflusst gewisse Gruppen von Diphtheriekranken, und zwar nicht etwa die mildesten, so günstig, dass diese Therapie eine Heilmethode genannt zu werden verdient, der wir auch nicht annähernd eine ähnliche an die Seite zu stellen vermögen.
2. Die günstigsten Fälle für die Behandlung sind die nicht complicirten, bei denen selbst die schwersten Intoxicationssymptome weichen, wenn frühzeitig das Serum injicirt wird.
3. Behring's Wort, dass die Wirkung zweifelhaft wird, wenn die Anwendung über den 3. oder 4. Tag hinausgeschoben wird, ist richtig.
4. Ist der Larynx ergriffen so sind bei Beginn nicht selten noch günstige Erfolge zu erzielen, vereinzelt nur noch wenn der Process schon tiefer hinabgestiegen, gar nicht wenn die kleinen Capillaren ergriffen sind.
5. Die Serumtherapie ist berufen, die Mortalität bedeutend herabzudrücken.
6. Ein schädigender Einfluss des Serums ist mit Bestimmtheit nicht zu constatiren.
7. Unter den Nachkrankheiten finden sich bei der Serumtherapie Paralysen, wie ohne solche.
8. Die locale Schädigung durch die Injection ist = 0.
9. Ueber die Tragweite des Immunisirungsverfahrens steht das Urtheil noch aus.

LANDGRAF.

85) **Gertrud Gordon. Das Diphtherieheilserum in den Pariser Hospitälern.** *Deutsche med. Wochenschr. 1895. No. 3.*

Bericht über die Resultate aus verschiedenen Spitälern. Im Hôspital des enfants malades sank die Mortalität von 51,71 pCt., dem Durchschnitt der letzten 4 Jahre, auf 26 pCt.; später auf 11,60 pCt. Im Hospital Trousseau erreichte Legendre eine Mortalität von 12,5 pCt., Moizard eine solche von 14,71 pCt.

LANDGRAF.

86) **Colla. Ein Fall von Serumexanthem.** *Deutsche medic. Wochenschr. 1895. No. 3.*

Bei einer 22jähr. Dame, die an Diphtherie erkrankt war und Serumeinspritzung bekommen hatte, trat ein Exanthem auf und gleichzeitig Gelenkschwellungen. Urin zeigte etwas Albumen. Heilung in etwa 10 Tagen.

LANDGRAF.

87) **Soltmann. Die Serumbehandlung der Diphtherie.** *Deutsche med. Wochenschr. 1895. No. 4.*

S. publicirt seine am Kinderkrankenhaus in Leipzig gewonnenen Erfahrungen. Ein Urtheil über die Wirksamkeit und den Heilwerth abzugeben hält er für verfrüht.

LANDGRAF.

88) **Taube. Zur Serumtherapie** *Deutsche med. Wochenschr. 1895. No. 4.*

T. erörtert die Frage, wann die Injection gemacht werden soll und plaidirt neben der Injection für locale Behandlung mit Pyoktanin.

LANDGRAF.

89) **Buchner, Ranke, Seitz. Die Serumbehandlung der Diphtherie.** *Münchner med. Wochenschr. No. 45. 1894.*

Referate über die historische Entwicklung, bacterielle Grundlage und die therapeutischen Erfolge des Heilserum, die im Allgemeinen sehr günstig lauten.

SCHECH.

90) **Emmerich. Bemerkungen zur Heilserumbehandlung der Diphtherie in München.** *Münchn. med. Wochenschr. No. 45. 1894.*

E. zweifelt an der günstigen Wirkung der Serumtherapie im Münchener Kinderspitale, da die Diphtherie in weitaus den meisten Fällen mit Streptokokken complicirt sei, also eine Mischinfection vorstelle. Emmerich glaubt den Grund dafür in dem Vorkommen pathologischer Streptokokken im Münchener Canalwasser gefunden zu haben.

SCHECH.

91) **Heller. Serumtherapie? Pharyngotherapie?** *Münchn. med. Wochenschr. No. 52. 1894.*

Empfehlung der Irrigationen des Rachens und Nasenrachenraums neben und trotz der Anwendung des Heilserum.

SCHECH.

92) **Achtner** und **Schnabel** (Reichenberg, Böhmen). **Ein Beitrag zur Heilserumtherapie der Diphtherie.** *Münchn. med. Wochenschr. No. 1. 1895.*

Mittheilung eines schweren Falles von Rachenkehlkopfdiphtherie, bei dem sich trotz ausgesprochener Larynxstenose dieselbe nach Anwendung des Heil-

serums zurückbildete. Die Verfasser glauben desshalb, dass das Heilserum die Tracheotomie hinausschieben könne. SCHECH.

93) **Faber. Erfahrungen aus der Praxis der Serumtherapie.** *Vereins-Blatt der pfälz. Aerzte. XI. 2. 1895.*

Dem Referenten nicht zugänglich. SEIFERT.

94) **Wittmeyer. Ueber das Behring'sche Diphtherie-Heilserum.** *Corresp.-Bl. d. allgem. ärztl. Ver. v. Thüringen. 6. 1895.*

Unter 68 mit Heilserum behandelten Fällen befanden sich 28 schwer, 18 mittelschwer und 22 leicht Erkrankte, zu den letzteren gehörten die 12 Erwachsenen. Von den 68 Kranken sind 7 gestorben = 10,3 pCt. 9mal, also in 13,2 pCt. der Fälle wurde Lähmung des Schlundes oder der Beine beobachtet. Von 19 Fällen mit Uebergang der Diphtherie auf den Kehlkopf konnte man sich nur in 1 Falle auf die Serum-Injectionen beschränken, bei allen übrigen war die Tracheotomie nöthig. SEIFERT.

95) **Seiffert** (Leipzig). **Ueber den Obductionsbefund bei dreizehn mit Serum behandelten und gestorbenen Diphtheriekranken.** *Schmidt's Jahrbuch. No. 2. 1895.*

Es ist S. aufgefallen, dass in allen Fällen eine aussergewöhnlich intensive, meist diffuse, zuweilen aber auch herdförmige fettige Degeneration des Myocard's, eine starke Trübung und Verfettung des Leberparenchyms und eine beträchtliche Verfettung und Desquamation des Nierenepithels nachzuweisen waren in so ausgedehnter Weise, wie sie S. früher nur in vereinzelten Fällen gesehen hat. Einen causalen Zusammenhang zwischen diesen Veränderungen und der Injection des Heilserum anzunehmen hält sich S. noch nicht für berechtigt. In der Diskussion bemerkt Friedrich, dass die Wirksamkeit des Serums auch gegenüber den Mischinfectionen bei Thieren festgestellt werde, Birch-Hirschfeld hält eine ausgiebige Anwendung des Serums in der Privatpraxis für nothwendig und A. Kollmann bespricht die Albuminurie und die Exantheme, welche nach den Injectionen mit Heilserum beobachtet werden. SEIFERT.

96) **Pavlik** (Ungarn). **Zur Serumbehandlung der Diphtherie.** *Wiener medicin. Presse. 1895. No. 1.*

P. berichtet über mehrere durch Serum geheilte Fälle von Diphtherie bei kleinen Kindern. Der Klebs-Löffler'sche Bacillus wurde immer nachgewiesen. CHIARI.

97) **Pavlik** (Ungarn). **Zur Serumbehandlung der Diphtherie.** *Wiener medicin. Wochenschr. 1895. No. 5.*

Immunisirung durch Heilserum gelang öfters nicht. Dagegen erzielte P. in 7 Fällen durch diese Therapie völlige Heilung selbst bei schwerer Diphtherie. Ueble Folgen sah er nie. CHIARI.

98) **Karlinski. Beeinflusst das Diphtherieheilserum irgendwie den Stoffwechsel im gesunden Organismus?** *Wiener med. Wochenschr. 1895. No. 8.*

Nach Versuchen an sich selbst fand K., dass vom dritten Tage des Versuches an eine in den normalen Grenzen sich bewegende Steigerung in den Mengen des ausgeschiedenen Harnstoffes, der Harnsäure und des Kreatinins auftrat. Dasselbe zeigte sich jedoch auch, wenn er statt Heilserum, steriles Serum von Ziegenblut einspritzte. Sonst beobachtete K. an sich keine Störungen ausser manchmal Erythem und Urticaria. Die Nierenaffection, die bei Serumtherapie oft vorkommt, ist nach K. eine Folge der Diphtherie und das Erythem glaubt er dem Carbolgehalte des Heilserums zuschreiben zu sollen. CHIARI.

99) **Simonovic** (Dalmatien). **Behring's Diphtherieheilserum an sich selbst erprobt.** *Wiener med. Presse. 1895. No. 6.*

Ausser 6 Patienten heilte S. auch sich selbst durch das Serum. Er führt an, dass man damit auch Bronchialcroup heilen kann; das Serum erzeugt starke Mattigkeit, Gelenksschmerzen, Urticaria, Erythem etc. Die Lokalbehandlung soll man wegen der Mischinfection nicht aufgeben. CHIARI.

100) **Handler** (Slavonien). **Die Behring'sche Serumtherapie auf dem Lande.** *Wiener med. Presse. 1895. No. 6.*

H. berichtet günstige Erfolge. Von 32 mit Serum injicirten Fällen starben 5, von 13 nicht injicirten dagegen 11. Die Immunisirung gelang meistens. Schädliche Folgen sah er nie. CHIARI.

101) **Ed. Kraus** (Wien). **Ein Beitrag zur Heilserumtherapie der Diphtherie.** *Allg. Wiener med. Zeitung. 1895. No. 6.*

Bericht über 2 Fälle. Der eine war mit Pneumonie complicirt und heilte nach 2 Injectionen. Die Pneumonie wurde in ihrem Verlaufe nicht beeinflusst. Der zweite (bei dem sich keine Löffler'sche Bacillen nachweisen liessen) heilte auch nach Injection von No. I u. II (Behring's Serum) und war mit Parotitis epidemica complicirt. CHIARI.

102) **Rosenfeld** (Wien). **Kritische Bemerkungen zur Diphtheriestatistik des Prof. Kassowitz.** *Wiener med. Blätter. 1895. No. 4.*

Da in Wien 1894 nur 200 bis 250 Fälle mit Serum, die anderen sich circa auf 4500 belaufenden aber ohne Serum behandelt wurden, kann das günstigere Sterblichkeitsprocent der ersteren keinen bedeutenden Einfluss auf die Gesammtsterblichkeit an Diphtherie ausüben.

Ferner ist es durchaus unerwiesen, dass wirklich seit der Serumtherapie auch viele leichte Fälle in die Spitäler aufgenommen wurden. Kassowitz' Schlüsse aus der Statistik sind daher voreilig. CHIARI.

103) **Neudörfer** (Wien). **Behring's Heilserum und das Wasserstoffsuperoxyd.** *Wiener med. Wochenschr. 1895. No. 1, 2, 3, 4, 5 u. 6.*

N. rühmt das Wasserstoffsuperoxyd als ein auf die Nerven specifisch wirkendes und die organischen Flüssigkeiten stark oxydirendes Mittel. In einer

Verdünnung von 1 bis 2 auf 100 Wasser bewirkt es bei Augenkatarrh, Trachom, Eiterungen des Mittelohres, Nasenkatarrhen (Aufschnupfen, Ausspritzen, Eingiessen und Einathmen), Anginen, Keuchhusten und Mundkatarrhen schnelle Besserung und oft Heilung. Bei croupösen Auflagerungen in Mund und Rachen pinselte N. mit reinem H_2O_2, später mit 5 proc. Lösungen und liess auch 2—5 proc. Lösungen in die Nase eingiessen und erzielte damit gewöhnlich Heilung, so dass es dem Heilserum nicht nachzustehen scheint.

Nach den bekannten Einwänden gegen die Statistik, gegen die Wirksamkeit des Serums bei gleichzeitiger Diphtherie- und Streptokokken-Erkrankung, gegen die Dauer der Immunität, gegen die Wirksamkeit bei sehr schweren Fällen behauptet N., dass auch die Wirksamkeit des Heilserums auf Oxydation beruhe, gerade so wie bei H_2O_2.

Schliesslich rühmt N. das H_2O_2 bei Urethritis, Vaginalblennorrhoe, Hämorrhoiden und zwar sowohl lokal wirkend, als auch durch Resorption von der Schleimhaut aus regulirend auf Blut- und Lymphbewegung und sekundär auf den Stoffwechsel des ganzen Organismus. Dies der Hauptinhalt der weitläufigen Arbeit.

CHIARI.

104) **Gnändinger** (Wien). **Behring's Heilserum und die Diphtheritis.** *Wiener klin. Wochenschr. 1895. No. 1.*

Als Kriterium für die Heilkraft des Serums fordert G. seine Wirksamkeit bei den schweren Fällen (da leichte Fälle auch oft spontan heilen) also bei Croup und bei Erkrankung sehr kleiner Kinder. Endlich müssten Lähmungen und Herzparalyse seltener auftreten. Gegen septische Formen ist es ja nach Behring selbst nicht wirksam, da deren Auftreten von den Streptococcen abhängen soll; übrigens findet man fast immer neben Löffler's Bacillen auch Streptococcen und Staphylococcen. In seinen Fällen konnte er öfters ungünstige Ausgänge und Recidive trotz Seruminjection beobachten: so einmal Herzparalyse am 10. Tage der Erkrankung trotz zweier Injectionen am 3. Tage, einmal bei septischer Form trotz sechs Injectionen vom 5. bis 10. Tage der Erkrankung Tod am 13. Tage, einmal Fortschreiten der Belege trotz zweier Injectionen (Tuberculosis pulmonum), einmal Croup geheilt nach Injection und Intubation (extubirt am 14. Tage der Erkrankung), Recidive der Belege am 36. Tage; doch war hier Scarlatina mit vorhanden. Diese Fälle betrachtet er übrigens nicht als beweisend gegen die Wirksamkeit des Heilserums, ebenso wenig wie seine zu kleine Statistik aus dem Jahre 1894. — Von 79 nicht mit Serum behandelten Fällen starben 36 also 45,5 pCt., von 27 injicirten starben 11 also 40,7 pCt.

Jedenfalls sei es aber nöthig ganz vorurtheilslos klinisch das Heilserum zu erproben, um eine Vorstellung von seiner Wirksamkeit zu haben.

CHIARI.

105) **Widerhofer** (Wien). **Ueber Behring's Serumtherapie bei Diphtherie.** Sitzung d. Gesellschaft d. Aerzte in Wien am 21. December 1894. — *Wiener klinische Wochenschr. 1895. No. 1.*

W. versuchte das Serum in 100 schweren und schwersten Fällen, darunter waren Kinder im ersten Lebensjahre und 7 anderthalbjährig; 4 erkrankten an

Masern und 8 an Scarlatina oder demselben ähnlichem Erytheme. Die Epidemie war eine schwere während der Monate October und November, und alle Todesfälle, auch die aus anderen Ursachen vorkommenden mitgerechnet, beliefen sich auf 24; 2 Patienten verblieben in Behandlung und 74 sind definitiv gewesen.

Dagegen belief sich die Mortalität in den ersten 9 Monaten des Jahres 1894 auf 52,6 pCt.; aus diesen Zahlen folgt der hohe Werth der Serumtherapie. Die Wirkung der Injection zeigt sich in Folgendem: Die gelblichen Exsudate werden weiss, rollen sich auf und stossen sich ab. Die apathischen Kinder werden munter, die Temperatur fiel oft nicht bedeutend ab, dagegen sank die Pulsfrequenz in hohem Grade, beginnender Larynxcroup wurde günstig, Bronchialcroup meist nicht beeinflusst, Nierenerkrankungen und Paralysen traten nicht öfter als sonst auf.

Zum vollen Effecte der Therapie ist es nöthig mit der Injection in den ersten drei Krankheitstagen zu beginnen; Mischinfectionen geben keine so guten Resultate. Schaden richtete die Injection auch local nicht an. Aus diesen Gründen räth W. die Versuche weiter fortzusetzen, da das Mittel sehr wirksam zu sein scheint.

CHIARI.

106) **Paltauf** (Wien). **Ueber die Wirkung des Behring'schen Heilserums.** Sitzg. d. Gesellschaft d. Aerzte in Wien am 21. December 1894. — *Wiener klinische Wochenschr. 1895. No. 1.*

P. hält den Löffler'schen Bacillus für den Erzeuger der Diphtherie, da er nur bei ihr vorkommt; er erzeugt Membranen und Toxine bei Menschen und Thier. Bei beiden bilden sich dann im Serum „Heilkörper“ (Antitoxine). Daher kann das Serum von Thieren, welche mit Diphtheriebacillen inficirt wurden, nach einiger Zeit auf diphtherisch erkrankte Menschen günstig einwirken; natürlich wird nur die Wirkung des Diphtherie-Toxines dadurch paralysirt, nicht aber die Wirkung anderer Toxine, die z. B. von Streptococcen, Staphylococcen etc. erzeugt werden. Immunität kann das Behring'sche Heilserum nicht auf lange Zeit gewähren, ebenso wenig wie das die einmal überstandene Diphtherie thut.

Schliesslich zeigt P. das von ihm selbst nach Behring's Vorschriften gewonnene Heilserum, welches dem 70—80fachen Normalserum nach Behring entsprechen dürfte. Es stammt von einem Pferde, welches seit $2^1/_2$ Monaten nach und nach 18 Injectionen von 1—80 g Toxin erhalten hatte.

CHIARI.

107) **Blumenfeld** (Bruck a. d. Leitha). **Erfahrungen über die Wirksamkeit des Behring'schen Heilserums gegen Diphtheritis.** *Wiener klin. Wochenschr. 1895. No. 3.*

Bei 50 Kranken (darunter nur zwei erwachsene Personen) wurde es angegewendet; nur zwei Kinder starben und eins steht noch in Behandlung. Die zwei Todesfälle betrafen Kinder mit schwerer Diphtherie (Larynxstenose), welche erst am 4. resp. 5. Krankheitstage injicirt wurden. Auch die anderen Fälle waren schwere. Nach der Injection trat oft Fieberabfall und immer Besserung des Allgemeinbefindens ein, die Membranen lösten sich etc. Immunisirung gelang öfters. Die Mortalität betrug 4 pCt.. während sie bei anderen 50 nicht mit Serum

Behandelten gleichzeitig sich auf 38 pCt. belief. Bl. kann daher das Heilserum auch für die Landpraxis bestens empfehlen. CHIARI.

108) **Heim** (Wien). **Bericht über die im St. Josef-Kinderspitale mit Behring-schem Heilserum behandelten Diphtheriefälle.** Vortrag in der Gesellschaft der Aerzte in Wien am 11. Januar 1895. — *Wiener klin. Wochenschrift. 1895. No. 3.*

Von 48 solchen Fällen sind nur 27mal die Beobachtungen abgeschlossen. Von diesen 27 Fällen starben nur 6 also 22,2 pCt. Ohne Serum starben 52,5 pCt. und 65,6 pCt. Bacteriologischer Nachweis der Löffler'schen Bacillen fand immer statt. Temperaturabfall und Lösung der Membranen trat immer ein. Fünfmal bestand Erythem, sonst nie eine böse Complication in Folge des Serums. H. betrachtet das Serum als das beste bis jetzt bekannte Heilmittel. CHIARI.

109) **Unterholzner** (Wien). **Ueber die bisherigen Ergebnisse der Behandlung der Diphtheritis mit Behring's Heilserum im Leopoldstadter Kinderspitale in Wien.** Vortrag in d. Gesellschaft d. Aerzte in Wien am 11. Januar 1895. — *Wiener klin. Wochenschr. 1895. No. 3.*

37 schwerere und schwerste Fälle, von denen 5 sterbend in's Spital gebracht wurden, mit 8 Todesfällen und 6 noch in Behandlung befindlichen. Von 31 fertig beobachteten starben 8, also 25,8 pCt.; von 36 nicht mit Serum behandelten starben zur selben Zeit 24, also 66,66 pCt. Ueberall bacteriologischer Nachweis des Löffler'schen Bacillus. Ausser Exanthemen keine üblen Folgen. Einige sehr schwere Fälle heilten unter Serumtherapie, die erfahrungsmässig sonst verstorben wären. M. empfiehlt daher das Serum. CHIARI.

110) **Monti** (Wien). **Die Behring'sche Heilserumtherapie bei der Diphtherie.** Sitzung d. Gesellschaft d. Aerzte in Wien am 11. Januar 1895. — *Wiener klin. Wochenschr. 1895. No. 3.*

Unter 25 Fällen Monti's starb nur einer. M. unterscheidet drei klinische Formen von Diphtherie. 1) Die fibrinöse rein locale Form. 2) phlegmonöse, mit Exsudation in den Geweben und Auflagerung der Membranen auf die Oberfläche. 3) Die gangraenöse mit Necrose der Gewebe (septische Form). Die zwei letzteren Formen zeigen Eiterkokken und Löffler'sche Bacillen, die gangraenöse sogar die letzteren sehr spärlich. Die zweite und dritte Form sind sehr gefährlich. Von seinen 25 Fällen gehörten 11 der fibrinösen und 14 der phlegmonösen Form an. 24 mal ergab die bacteriologische Untersuchung den Löffler'schen Bacillus, 13 mal auch den Streptococcus. Das Serum wirkte bei der fibrinösen Form schnell, bei der phlegmonösen langsamer und erst nach mehreren Injectionen. Ueble Wirkungen: 11 mal entstanden zum Theil ausgebreitete Lähmungen am 5. bis 12. Behandlungstage. 13 mal Albuminurie geringen Grades und kurzer Dauer vom 1. bis 6. Behandlungstage, 6 mal Erytheme von der Injectionsstelle ausgehend und 7 mal Urticaria.

Monti sagt schliesslich: Das Serum wirkt bei der fibrinösen Form ausgezeichnet und verhindert schwere Larynxstenosen, bei phlegmonöser Form wirkt es nicht sicher, bei septischer Form ist es unverlässlich; das Serum bedingt die oben

erwähnten üblen Folgen, die wohl alle später schwanden, aber wahrscheinlich nicht der Diphtherie sondern dem Serum ihre Entstehung verdanken. Jedenfalls muss das Mittel noch weiter erprobt werden, obwohl es schon jetzt als wichtiges Heilmittel zu begrüssen ist. CHIARI.

111) **Hryntschak** (Wien). **Injection von Behring's Heilserum gegen Diphtheritis und deren Folgen.** *Wiener klin. Wochenschr. 1895. No. 4.*

Wegen Tonsillitis mit diphtheritischen (? nicht bakteriolog. constatirt) Belegen links und kraterförmigem Geschwüre rechts am 2. Krankheitstage Injection von Behring's Serum No. II am Bauche. Heilung des Rachens am 4. Tage der Erkrankung. Am 8. Tage Urticaria am ganzen Körper, die nach 3 Tagen schwindet. Am 16. Tage multipler Gelenkrheumatismus mit Fieber und Peliosis rheumatica der unteren Extremitäten. Unter Natrium salicylicum war in 5 Tagen alles abgeheilt. H. hält diese Erkrankung nicht für gewöhnlichen Rheumatismus acutus, weil die Peliosis zu rasch schwand, sondern für eine Folge der Seruminjection, wie dies auch Asch und Lublinski thaten. CHIARI.

112) **Kassowitz** (Wien). **Zur Serumtherapie der Diphtherie.** Vortrag, geh. in d. Gesellschaft d. Aerzte in Wien am 18. Januar 1895. — *Wiener klin. Wochenschr. 1895. No. 4.*

K. bespricht I. Die Thierexperimente Behring's. 1. Bei Einverleibung des Antitoxins vor der Infection starben von 12 Thieren 8. Die Immunisirung ist daher nicht sicher; ferner dauert sie nur von 8 Tagen bis einige Wochen. 2. Bei gleichzeitiger Einverleibung von Gift und Gegengift starben von 21 Thieren 12. 3. Bei Antitoxineinspritzung nach der Infection starben von 7 Thieren 6.

II. Die Immunisirung der Menschen gelang in vielen Fällen nicht, da nicht blos praeventiv geimpfte sondern auch durch Serumbehandlung genesene Menschen öfters erkrankten.

III. Behring hat behauptet, dass bei genügender Dosirung seines Mittels Diphtheriekranke am ersten Tage immer, am zweiten Tage fast immer gerettet werden. Die bisherige Erfahrung konnte das nicht bestätigen.

IV. Gegen Mischinfection wirkt das Serum nicht.

V. Ein kritisches Abfallen der Temperatur fehlt oft.

VI. Ein Stillstehen der Exsudation nach Injection wird oft vermisst.

VII. Lähmungen werden nicht hintangehalten.

VIII. Larynxstenosen verlaufen nicht besser als ohne Serum.

Die geringeren Mortalitätsprocente in Spitälern können auch durch Aufnahme grösserer Mengen leichter Fälle bedingt sein. Endlich müsste die Anzahl aller Diphtherietodesfälle im Allgemeinen geringer geworden sein seit der Einführung der Serumtherapie. In Wien war das nicht der Fall, da in den 10 letzten Wochen des Jahres 1894, zu welcher Zeit die Serumtherapie in grossem Maasse vorgenommen wurde, das Mortalitätsprocent 27,6 und 34,8 betrug, während es im ganzen Jahre 1892 35,4 pCt. und 1893 34,3 pCt. betrug. Schliesslich wünscht Kassowitz bessere Beweise für die Heilkraft des Serums. CHIARI.

113) **Paltauf** (Wien). **Kritik der Ausführungen Kassowitz gegen die Heilwirkung des Behring'schen Heilserums.** Gesellschaft der Aerzte in Wien am 25. Januar 1895. — *Wiener klin. Wochenschr. 1895. No. 5.*

Kassowitz habe nur die bis 1892 vorgenommenen Thierexperimente berücksichtigt; seither sind aber viele andere mit bestem Erfolge gemacht worden, so von Behring, Wernicke, Boer, Roux u. A. Paltauf selbst demonstrirt Kaninchen, die per tracheotomiam inficirt Membranbildung aufwiesen und durch praeventive, gleichzeitige oder curative Injection von Antitoxin geheilt wurden. Ferner gelang es Thiere durch das Serum von Kindern nach überstandener Diphtherie zu immunisiren, so dass man füglich auch das thierische Heilserum als Immunisirungs- oder Heilmittel der menschlichen Diphtherie annehmen könne. Natürlich nützt es nur gegen die Toxine der Löffler'schen Bacillen. P. hält daher die Heilserumtherapie als bakteriologisch und experimentell gut fundirt. CHIARI.

114) **Max Gruber** (Wien). **Ueber Behring's Heilserum.** Gesellschaft d. Aerzte in Wien am 25. Januar 1895. — *Wiener klin. Wochenschr. 1895. No. 5.*

G. kritisirt den Vortrag Kassowitz's und stellt zunächst fest, dass der Löffler'sche Bacillus wirklich der Urheber der Diphtherie sei, dass er bei Thieren dieselbe Krankheit erzeugt, dass man Thiere mit dem Antitoxin oder dem Heilserum immunisiren könne aber nicht auf lange Zeit, dass dies auch bei Menschen möglich sei, und dass man schon erkrankte Thiere sehr häufig durch Heilserum rettete (Kassowitz kenne nicht die Versuche von Roux und Vaillard) und dass endlich Behring und Roux sehr gewissenhaft bei dem Thierexperimente vorgingen. Die Statistik ist bis jetzt noch zu klein, um sichere Schlüsse auf die Heilwirkung des Serums beim Menschen zu ziehen. Aber Beobachtungen erfahrener Kliniker über Heilung durch Serum in Fällen, die sonst voraussichtlich verloren waren (Widerhofer u. A.) beweisen den Heilwerth des Serums. Daher soll man es weiter anwenden. CHIARI.

115) **Kassowitz** (Wien). **Debatte über Heilserum in der Gesellschaft der Aerzte in Wien am 1. Februar 1895.** *Wiener klin. Wochenschr. 1895. No. 6.*

K. sucht die Einwände gegen seine kritischen Ausführungen über den Heilwerth des Behring'schen Serums zu entkräften und führt dabei dieselben Daten wie früher an. Er sei kein Feind des Heilserums aber halte seine Heilkraft bis jetzt noch nicht für erwiesen. CHIARI.

116) **Unterholzner** (Wien). **Zur Heilserum-Debatte in der Gesellschaft der Aerzte in Wien am 1. Februar 1895.** *Wiener med. Wochenschr. 1895. No. 6.*

U. stellt einige Angaben Kassowitz's bezüglich der Statistik im Unt.-Spital richtig und bemerkt, dass die Diphtheriesterblichkeit in dem Spitale im Jahre 1893 44,5 pCt., im Jahre 1894 aber nur 34,9 pCt. beträgt, worin sich doch der Einfluss des Serums zeige. CHIARI.

117) **Widerhofer** (Wien). **Discussion über die Wirkung des Heilserums.** Vortrag in d. Gesellschaft d. Aerzte in Wien am 25. Januar 1895. — *Wiener klin. Wochenschr. 1895. No. 5.*

W. erwähnt 4 Todesfälle aus Gnändinger's Bericht, die durch Schwere

des Leidens (Herzparalyse, Sepsis, Lungentuberkulose, Scharlach) veranlasst waren. Heim und Unterholzner sahen gute Erfolge. Monti's Eintheilung in fibrinöse, phlegmonöse und septische Formen sei nicht strenge durchzuführen, da sie ineinander übergehen; practischer sei die Eintheilung in leichte, schwere und schwerste. Lähmungen habe Widerh. nur selten in der Form wie Monti gesehen; Albuminurie hält Widerh. für Folge der Diphtherie und nicht des Serums. Uebrigens habe Monti nur 4 pCt. Todesfälle. Kassowitz und Drasche seine heftige Gegner der Serumtherapie. Von 53 immunisirten Menschen aus Widerh.'s Praxis bekam nur 1 eine leichte Infection, 14 Tage nach der Infection. Bokay und Pert hatten auch zufriedenstellende Resultate mit der Immunisirung. Ebenso entkräftet er alle Einwände, die Kassowitz gegen ihn machte, und hält seine 5 Thesen vom 21. Dec. 1895 aufrecht:

1. Behring's Heilmethode ist bis jetzt die beste.
2. Schwere und schwerste Formen werden bei Injection in den ersten 3 Tagen sehr günstig beeinflusst, Mischinfectionen weniger.
3. Nach dem dritten Tage ist die Wirkung der Injection sehr unsicher.
4. Larynxcroup wurde im Beginne günstig beeinflusst, Bronchialcroup fast nie.
5. Die Mortalität wurde bedeutend herabgesetzt.

Schädliche Einflüsse des Serums fand W. nie.

Lähmungen treten nicht öfter auf, und weitere Versuche sind angezeigt. Uebrigens räth auch Kassowitz dazu, nur hält Widerhofer die Serumtherapie für eine grosse Errungenschaft, während Kassowitz sie als werthlos betrachtet.

CHIARI.

118) **Kolisko** (Wien). **Ueber Sectionsbefunde von Diphtheriefällen, welche mit Behring's Heilserum behandelt worden waren.** Vortrag in d. Gesellschaft d. Aerzte in Wien am 25. Januar 1895. — *Wiener klin. Wochenschrift. 1895. No. 5.*

Seit 12 Jahren hat K. über 1000 Diphtheriefälle aus dem Spitale Widerhofer's obducirt und 75 Fälle von 320, welche daselbst mit Heilserum behandelt worden waren. Im Allgemeinen konnte K. bei den Sectionen eine wesentliche günstige Beeinflussung des diphtheritischen Processes durch das Heilserum constatiren.

Die Membranen lösen sich weithin, gleichmässig und rasch ab, ein Beweis, dass die Fibrinbildung aufhört und durch eine serös-zellige Exsudation ersetzt wird. K. beobachtete diese Erscheinung nur bei grösseren Antitoxinmengen, die circa 20 Stunden vor dem Tode einverleibt wurden; so lange brauche das Antitoxin zu dieser Wirkung. Bei Fibrineinlagerungen in die Substanz der Schleimhaut hinein und bei Mischinfectionen jedoch war diese membranlösende Wirkung weit schwächer. In Lungen, Herz und Nieren fanden sich keine Zeichen von einer schädlichen Wirkung des Heilserums. Als lokale Reaction an der Einstichstelle fand er manchmal hämorrhagische Infiltrate (bei allgemeiner häm. Diathese), einmal einen Abscess und einmal eine Phlegmone. Das Serum war rein von Streptokokken, so dass er glaubt, dass diese Streptokokken-Eiterungen an der

Einstichstelle durch Lokalisation der im Blute der Kranken kreisenden Streptokokken an dieser Reizstelle veranlasst wurden. Erytheme an Lebenden gaben keine Impfresultate. K. hält daher das Heilserum für ein bei Diphtherie günstig wirkendes Mittel ohne schädlichen Einfluss auf den Organismus. CHIARI.

119) **Drasche** (Wien). **Ueber Behring's Heilserum.** Gesellschaft d. Aerzte in Wien am 25. Januar 1895. — *Wiener klin. Wochenschr. 1895. No. 5 und 6.*

Drasche beobachtete in Gnändinger's Kinderspital 31 mit Serum behandelte Diphtheriefälle und studirte die Literatur: die schädlichen oder nachtheiligen Wirkungen des Serums bestehen in öfterem Auftreten und längerer Dauer von Albuminurie (Körte, Wertheimer, Ritter), in Exanthemen, Hämorrhagien und Eiterungen, welche von der Injectionsstelle ausgehen und oft sich weit ausbreiten, in Schwellungen von Gelenken, in akuten, tuberkulösen Nachschüben bei Kindern, welche früher an chronischer Tuberkulose gelitten hatten. (Lublinsky, Hansemann, Benda etc.) Dazu kommen noch die vielen fehlgeschlagenen Praeventivimpfungen und die Recidive, das oftmalige Fehlen des Temperaturabfalles etc. Die Statistik ist, wie schon vielfach erwähnt wurde, nicht verlässlich; daher entscheidet nur die klinische Beobachtung.

Bei den 31 Kindern, die Drasche selbst beobachtete, zeigte die Serumeinspritzung keine anderen Folgen und machte den Verlauf nicht anders, als die bei der gewöhnlichen Therapie zu constatiren war. Drasche schliesst:

„Die unbestreitbaren Misserfolge der Präventivimpfungen, die unregelmässige, ganz inconstante, selbst gar nicht ersichtliche Einwirkung des Heilserums auf die Diphtherie und deren Erscheinungen, die höchst unverlässlichen und mangelhaften statistischen Belege der vermeintlichen Erfolge dieser Behandlungsweise lassen an die Heilkraft des Pferdeserums von Roux und Behring bei der Diphtherie nicht glauben.“ CHIARI.

120) **Paltauf** (Wien). **Debatte über Heilserum in der Gesellschaft der Aerzte in Wien am 8. Februar 1895.** *Wiener klin. Wochenschr. 1895. No. 7.*

P. betont, dass Alles was Behring versprochen, auch sich bewährt habe. Kliniker, Bakteriologen und Pathologen haben sich alle für das Heilserum ausgesprochen, bis auf jene Practiker, welche zu wenig Fälle behandelt haben. Jedenfalls fordern die Ergebnisse der Debatte auf, das Heilserum weiter bei Diphtherie anzuwenden. CHIARI.

121) **Monti** (Wien). **Debatte über das Heilserum in der Gesellschaft der Aerzte in Wien am 8. Februar 1895.** *Wiener klin. Wochenschr. 1895. No. 7.*

M. hält das Heilserum für sehr wirksam bei fibrinösen und phlegmonösen Formen, hält aber Lähmungen, Albuminurie für Folgen desselben, und bringt eine Statistik von 3888 mit Serum behandelten Diphtheriefällen aus der ganzen Welt, von denen nur 18 pCt. starben. Jedenfalls ist das Heilserum das beste jetzt bekannte Heilmittel der Diphtherie. CHIARI.

122) **H Kowalski. Der erste Fall von Halsdiphtherie behandelt mit der Behring'schen Lymphe in Tarnowo. (Pierwszy przypadek btonicy gardta i krtani, leczony surowica Behringa w Tarnowie.)** *Przeglad Lekarski. No. 3 und 4. 1895.*

Der Fall betraf ein 2jähr. Kind mit schwerer Halsdiphtherie; günstiger Ausgang.

A. v. SOKOLOWSKI.

123) **J. Baczkiewicz. Ueber die Anwendung von antidiphtheritischer Lymphe. (O stosowaniu surowicy antydyfterytycznej.)** *Kronika Lekarkska. No. 5. 1895.*

124) **W. Janowski. Einige Bemerkungen über die Heilkraft verschiedener Sorten der antidiphtheritischen Lymphe und über die Art und Weise der Anwendung derselben. (Kilka uwag praktycznych o sile leczniczej surowicy przenda btonicowej oraz o sposobie jej zastosowania.)** *Gazeta Lek. No. 18. 1895.*

In beiden Arbeiten werden von den Verfassern auf Grund eigener Erfahrung practische Winke über die Anwendung der antidiphtherischen Lymphe gegeben.

A. v. SOKOLOWSKI.

125) **Jacobson. Drei Fälle von Diphtherie geheilt durch die Behring'sche Lymphe. (Trzy przypadki difteryi wyleczone surowica Behringa.)** *Nowiny Lekarskie. No. 6. 1895.*

In den zwei ersten Fällen (7 und 3jährige Kinder) handelte es sich um Rachen- und Kehlkopfdiphtherie. Beide Kinder wurden tracheotomirt nach voraufgegangener Serumeinspritzung; Ausgang in Genesung.

Im dritten Falle (4jähriges Kind) handelte es sich um einfache Rachendiphterie. Bakteriologisch wurden alle drei Fälle nicht untersucht.

A. v. SOKOLOWSKI.

126) **Hagenbach** (Basel). **Zur Diphtherieserumbehandlung.** *Corresp.-Blatt für Schweizer Aerzte. 1. 1895.*

Schwerer Fall. Injection 10 Gramm No. 1 Höchst. Sehr gute Wirkung auf Fieber und Membranen; am 3. Tag Petechien vom Hals aus über den ganzen Körper, am 7. Tag unstillbares Erbrechen, am 10. Tage Tod. Verdacht auf schlimme Serumwirkung. Section: Hochgradige Fettdegeneration der Herzmuskulatur, eitrige Infiltration der Tonsillen, zackige Geschwüre der hinteren Gaumenbögen. Hyperplasie der Halslymphdrüsen. Leichte Milzschwellung, Nephritis, parenchymatöse, hämorrhagische Gastroenteritis. — Obschon dieser Sectionsbefund nicht eindeutig sei, glaubt H. mit Recht, es seien solche Mittheilungen um so mehr am Platze, als von vielen Seiten ungünstige Nebenwirkungen des Serums gemeldet werden.

JONQUIÈRE.

127) **D'Espine** (Genève). **Rapport über die mit Serumtherapie behandelten Diphtheritisfälle in Genf vom October 1894 bis Ende März 1895. (Rapport etc.)** *Revue méd. Suisse rom. No. 4. 1895.*

60 Fälle. 6 Todte = 10 pCt. 17 aus dem Kantonsspital (2 Todte). 23 Kinderspital (2 Todte). 20 Privatpraxis.

Schlüsse: Die Injection verhütet präventiv die Paralysen, wenn sie frühzeitig gemacht wird, hat aber sonst keinen Einfluss auf dieselben.

D'E. bezweifelt die Häufigkeit des nicht diphtherischen membranösen Kehlkopfcroups. Bacillen wären in den Kehlkopfmembranen gewiss häufig zu finden. Er sagt ferner, dass nicht wegen blossem Beisein von Strepto- und Staphylokokken von Mischformen gesprochen werden sollte, sondern erst dann, wenn sich Septicämie dabei einstellt.

Schliesslich erwähnt er, dass er zuerst 1886 in mehreren Mittheilungen die Unterscheidung des Löffler'schen Bacillus von anderen mittelst Gram'scher Färbung angegeben habe.

JONQUIÈRE.

128) **E. G. A. ten Siethoff** (Deventer). **Einleitung zur Discussion über die Heilserum-Frage.** *Ned. Tijdschr. v. Geneesk. 1895. I. S. 1269.*

Die medicinische Gesellschaft zu Deventer adoptirt folgende Conclusionen des Vortragenden:

1. Die prophylactische Einspritzung bei gesunden Kindern ist nicht empfehlenswerth.
2. Zur Feststellung der therapeutischen Werthe des Mittels und deren Anwendungsweise bedarf es weiterer Untersuchungen.
3. Es ist noch nicht die Zeit, die Herstellung des Mittels vom Staate zu fordern.

H. BURGER.

129) **C. H. H. Spronck** (Utrecht). **Behring's Serum antidiphthericum rhenotrajectinum.** *Ned. Tijdschr. v. Geneesk. 1895. II. No. 1.*

Mittheilungen über das in Utrecht hergestellte Serum.

H. BURGER.

130) **F. Ph. Küthe** (Tiel). **Zur Förderung der Verbreitung des antidiphtheritischen Heilserums in unserm Lande. (Ter bevordering van de verspreiding van het anti-diphtheritisch heilserum in ons land.)** *Ned. Tijdschr. v. Geneesk. 1895. I. No. 2.*

Ein Brief.

H. BURGER.

131) **Alex Klein. Das Heilserum gegen Diphtherie, dessen Verfertigung und Anwendung. (Het heilserum tegen diphtherie, zijne bereiding en toepassing.)** Leeuwarden. 1895.

Nach einer kurzen aber ganz klaren Schilderung des gegenwärtigen Standes der Diphtheriefrage, in der sich Verf. zu dem Standpunkt bekennt, dass der Löffler'sche Bacillus ohne jeden Zweifel den specifischen Erreger der Cynanche contagiosa bildet, giebt er eine Auseinandersetzung der Entwicklung der Serumtherapie und knüpft daran die genaue Beschreibung der Herstellung des Pferdeserums in Paris, sowie der Art und Weise, in welcher das Mittel bei Kranken angewendet werden soll. Mit guten Gründen betont er, dass eine rationelle Behandlung mit antitoxischem Serum ohne bacteriologische Untersuchung nicht möglich ist. Die reine Cynanche contagiosa, wobei nur der Löffler'sche Bacillus vordanden ist, gebe für die Serumtherapie die günstigste Prognose. Am ungünstigsten seien die Combinationen mit Streptococcen und Staphylococcen,

besonders mit dem ersteren. Vielleicht sei die Zukunft nicht ferne, wo die Serumtherapie im Verein mit einer specifischen Heilmethode gegen die Cocceninfectionen auch in jenen schweren Diphtheriefällen eine sichere Heilung werde verbürgen können! H. BURGER.

132) **P. Steen** (Ophensden). **Ein Fall von Diphtherie mit Heilserum behandelt. (Een geval van diphtherie behandeld met heilserum.)** *Geneesk. Courant. 1895. No. 2.*

Ein Fall von Heilung. H. BURGER.

133) **G. H. Klosser. Das Diphtherie-Heilserum von Prof. E. Behring, für Niederland bearbeitet. (Het diphtherie-heilserum door Prof. E. Behring, voor Nederland bewerkt.)** Haag. 1895.

Der Titel sagt genug. H. BURGER.

134) **G. Nórregaard** (Norwegen). **Zwei mit Schering's Diphtherie-Antitoxin behandelte Fälle von Diphtheritis. (To Tilfälde af Difterit behandlede med Schering's Difteri-Antitoxin.)** *Norsk. Magazin for Lägevidenskaben. 1894. S. 1040.*

Nichts Neues. SCHMIEGELOW.

135) **A. Chaillon. Die Serumtherapie und die Kehlkopfintubation bei diphtheritischem Croup. (La serumtherapie et le tubage du larynx dans les croups diphtheriques.)** *Thèse de Paris. 1895.*

Ein warmes Plaidoyer zu Gunsten der Intubation, die der Verf. leichter und gefahrloser findet als die Tracheotomie und die ihm in Privatpraxis ebenso anwendbar erscheint als im Krankenhaus. Ch. bespricht eingehend die Technik des Verfahrens und die dabei vorkommenden Zufälle und Complicationen, die leicht zu vermeiden sind. Verf. verfügt über eine ziemlich erhebliche Erfahrung; seine Statistik zeigt 12 Todesfälle auf 49 Intubationen. A. CARTAZ.

136) **Chabry. Ein Fall von Diphtherie beim Erwachsenen mit Serum behandelt. (Un cas de diphthérie chez l'adulte traité par la serumtherapie.)** *Journal de clin. et therap. infant. 21. Februar 1895*

Der Verf., der sich auf der Kinderstation inficirt hatte, berichtet über seine eigene Erkrankung. Die Heilung trat sehr schnell ein. Nichts besonderes.

A. CARTAZ.

137) **N. Tirard** und **F. Willcocks. Zehn Fälle von Diphtheritis mit Antitoxin behandelt. (Ten cases of diphtheria treated with antitoxin.)** *Lancet. 15. Januar 1895.*

In einem Fall trat der Tod ein in Folge von Ulceration der Arteria tonsillaris. Zwei Mal wurde tracheotomirt. In sechs Fällen bestand Albuminurie, aber schon vor der Anwendung von Antitoxin. ADOLPH BRONNER.

138) **E. Goodall. Die Antitoxin-Behandlung der Diphtheritis. (Antitoxin treatment of diphtheria.)** *Brit. Med. Journal. 12. Januar 1895.*

Eine kurze Zusammenstellung von Fällen, welche in der Clinical Society of London veröffentlicht wurden. ADOLPH BRONNER.

139) **J. Mc Donald, W. Hardman, W. Fraser. Diphtheritis und Antitoxin. (Diphtheria and antitoxin.)** *Brit. Med. Journ. 9. Februar 1895.*

Berichte über Diphtheriefälle, die mit Serum behandelt wurden.

ADOLPH BRONNER.

140) **Frew, F. Clark. Diphtheritis und Antitoxin. (Diphtheria and antitoxin.)** *Brit. Med. Journal. 23. Februar 1895.*

Mittheilung von Krankengeschichten. ADOLPH BRONNER.

141) **X. Diphtheritis und Antitoxin. (Diphtheria and antitoxin.)** *Brit. Med. Journal. 23. Februar 1895.*

Kurzer Bericht über die Discussion in der Sheffield Medical Society.

ADOLPH BRONNER.

142) **X. Wissenschaft und Geschäft. (Commercial science.)** *British Medical Journal. 23. Februar 1895.*

Kurzer und scharfer Angriff auf Dr. Aronson (Charlottenburg), weil derselbe ein Patent aufnehmen will auf vervollkommnete Präparate von Antitoxinen. In England sei es unehrenhaft für einen Arzt, aus seinen Erfindungen einen Gewinn erzielen zu wollen.

Im Brit. Med. Journal, 6. April 1895, erfolgt eine Erwiderung von Zimmermann, dem Agenten von Aronson. ADOLPH BRONNER.

143) **Lennox Browne. Antitoxin und Nephritis. (Antitoxin and nephritis.)** *Med. Press and Circ. 9. Januar 1895.*

Browne hat 8 Fälle behandelt, wovon 6 an Nephritis starben. Von 1000 früheren Fällen von Diphtheritis sind 274 gestorben, und 27 von diesen an Uraemie.

ADOLPH BRONNER.

144) **F. D. Boyd** (Edinburgh). **Diphtheritis mittelst Tracheotomie und Serum behandelt. (Diphtheria treated by tracheotomy and antitoxin.)** *Edinburgh Med. Journal. Februar 1895.*

Das Kind war drei Jahre alt; es wurde zweimal Aronson'sches Antitoxin injicirt. Ausgang in Heilung. P. MC. BRIDE.

145) **J. W. Springthorpe** (Melbourne). **Sechs Diphtheriefälle mit Serumbehandlung. (Six instances of the use of diphtheria antitoxin.)** *The Australian Med. Gazette. 15. Februar 1895.*

Das Alter der sechs Patienten war zwischen $2^1/_2$ und 14 Jahren. Geheilt wurden drei Patienten, drei starben. Die Fälle waren durchweg recht schwere. Es kam das Roux'sche Serum zur Verwendung. S. ist der Meinung, dass die verabreichten Dosen zu geringe waren; er will jetzt grössere Mengen anwenden und hofft damit einen höheren Procentsatz Heilungen zu erzielen. A. T. BRADY.

146) **4 Redactionelle Notizen. Die Serumtherapie bei der Diphtheritis. (Serum therapy in the treatment of diphtheria.) Untersuchungen über die Antitoxin-Behandlung bei Diphtherie. (An investigation of the diphtheria antitoxine treatment.)** u. ähnl. m. *N. Y. Med. Journal. 5. und 12. Januar und 2. Februar 1895.*

Vier Berichte über anderweitige Publicationen in der Serumfrage.

LEFFERTS.

147) **J. L. Porteous. Einige Nachwirkungen des Heilserums. (Some of the after effects of antitoxine.)** *N. Y. Med. Journal. 12. Januar 1895.*

Verf. zieht aus seinen Fällen folgende Schlüsse:

1) Man kann unmöglich sagen, dass das Serum bestimmter Pferde zu Exanthemen Anlass giebt, weil dies etwa besondere Bestandtheile giftiger Natur enthalte; denn von fünf mit dem Serum ein und desselben Fläschchens behandelten Personen bekam nur ein Pat. einen Ausschlag.

2) Auch die Menge des verwandten Serums kann nicht an den üblen Nachwirkungen schuld sein; denn diese traten bei einem Pat. auf, der nur 4 ccm erhalten hatte, während andere mit 25 ccm frei blieben.

3) Wahrscheinlich handelt es sich um eine Idiosyncrasie des Serumempfängers, jedoch muss diese Idiosyncrasie eine ziemlich verbreitete sein.

Der Verf. empfiehlt stets nur wenig Serum auf einmal zu geben, die Injection aber häufig zu wiederholen, um die Antitoxinwirkung lange zu unterhalten.

LEFFERTS.

148) **Geo A. Muehlbeck. Die Serumtherapie bei Diphtheritis. (The antitoxine treatment of diphtheria.)** *N. Y. Med. Journal. 9. Februar 1895.*

Eine allgemeine Betrachtung über die Serumfrage. LEFFERTS.

149) **Redactionelle Notiz. Das New York City Gesundheitsamt und Verfälschungen des Heilserums. (The New York City Board of Health and spurious antitoxin.)** *N. Y. Med. Record. 5. Januar 1895.*

Eine Warnung vor schlechten Präparaten. LEFFERTS.

150) **8 Redactionelle Notizen. Die Serumbehandlung bei Diphtherie. (The serum treatment of diphtheria.) Mittheilungen über die Serumtherapie. (Antitoxin notes.)** u. ähnl. m. *N. Y. Medical Record. 5., 12. und 19. Januar und 2. Februar 1895.*

Eine Reihe von Notizen über die Serumliteratur, besonders über die Debatte in der Berliner Medicinischen Gesellschaft. LEFFERTS.

151) **Moizard** und **Perrigaux. Die Resultate der Serumbehandlung im Hôpital Trousseau. (Results of the antitoxin treatment of diphtheria at the Hôpital Trousseau.)** *N. Y. Med. Record. 12. Januar 1895.*

Behandelt wurden seit dem 18. September 1894 im Ganzen 231 Fälle von Diphtherie; es starben 34 = 14,71 pCt. Mortalität. LEFFERTS.

152) **Roux. Die Dosirung des Diphtherieserums (The dose of the diphtheria antitoxin.)** *N. Y. Med. Record. 12. Januar 1895.*

Roux theilt mit, dass jedes Kind bei der Aufnahme 20 ccm Serum erhält und 24 Stunden später je nach der Schwere des Falles noch einmal 20 oder 10 ccm. Bleiben Puls und Temperatur hoch, so wird diese Dosis noch wiederholt gegeben. Die geringste Dosis, die ein Kind erhielt, war 20 ccm, die höchste Dosis 120 ccm; nur in einem Ausnahmefall wurden 180—200 ccm gegeben.

LEFFERTS.

153) **H. W. Berg. Die Therapie der Diphtheritis einschliesslich der Serumbehandlung. (The treatment of diphtheria including serumtherapy.)** *N. Y. Med. Record. 12. Januar 1895.*

In der ausführlichen und interessanten, mit schönen Abbildungen versehenen Arbeit Berg's werden erst die bakteriologischen Verhältnisse der Diphtheritis resumirt und dann die Behandlung unter folgenden Gesichtspunkten besprochen:

1. die prophylactische und präventive Behandlung mit Berücksichtigung der Bedingungen, unter denen die Krankheit vom einen auf den anderen sich überträgt;
2. die Behandlung des lokalen Processes;
3. die Behandlung der allgemeinen Erscheinungen, die das von den Löffler'schen Bacillen producirte Gift hervorbringt.

LEFFERTS.

154) **A. Siebert. Einige bemerkenswerthe toxische Wirkungen der Serumbehandlung bei Diphtherie. (Some noteworthy toxic effects of the antitoxin treatment in diphtheria.)** *N. Y. Med. Record. 19. Januar 1895.*

S. beschreibt einige Erytheme, die 10 Tage nach der Injection auftraten, sowie schmerzhafte Gelenkanschwellungen, Muskel- und Sehnenschmerzen, die in 4 Fällen recht ausgesprochen waren und 4 bis 7 Tage dauerten. Da jegliche Reaction an der Stelle der Einspritzung fehlte, ist eine Unreinlichkeit der Spritze oder Aehnliches nicht zu beschuldigen.

LEFFERTS.

155) **Jaime Ferran. Die Priorität der Entdeckung der Antitoxine. (The priority of the discovery of antitoxin.)** *N. Y. Med. Record. 19. Januar 1895.*

Professor Jaime Ferran (Barcelona) reclamirt in einem Briefe an die Redaction der „Deutschen medicinischen Wochenschrift" die Priorität der Entdeckung der Immunisirung gegen Diphtherie. Seine Arbeit „Nota sobre la vacunacion contra el envenenamiento difterico aguda experimental" ist im April 1890, also 8 Monate vor C. Fränkel's bekannter Arbeit erschienen.

LEFFERTS.

156) **Redactionelle Notiz. Statistiken über die Serumtherapie. (Statistics in regard to the antitoxin treatment.)** *Med. Bulletin. Januar 1895.*

Der Verf. verlangt eine sorgfältige Prüfung jedes Falles, damit nicht diphtherieähnliche Fälle, die in Wirklichkeit garnicht Diphtherie sind, mit dem Serum behandelt werden und das Resultat der Statistiken beeinträchtigen.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

157) **Hyle D. Braden. Bakteriologische Untersuchung von 4 Fällen von Diphtherie, die von Dr. Louis Fischer im Municipal Hospital zu Philadelphia mit Serum behandelt wurden. (Bacteriological study of four cases of diphtheria treated with antitoxine by Dr. Louis Fischer at the Municipal Hospital Philadelphia.)** *American Journal of Med. Scienc. Januar 1895.*

Ein sehr sorgfältige Beschreibung der 4 Fälle. P. MC. BRIDE.

158) **L. Fischer** (New York). **Das Heilserum in Berlin, New York und am städtischen Krankenhaus zu Philadelphia. (Antitoxine in diphtheria in Berlin, New York and the municipal Hospital of Philadelphia.)** *Americ. Journal of Med. Science. Januar 1895.*

Verf. berichtet über die bisherigen Resultate mit dem Heilserum. Als maligne Fälle bezeichnet er diejenigen, „die deutliche Zeichen von Sepsis an sich haben, mit niedriger Temperatur oder sehr hohen Temperaturen und ausgesprochener Somnolenz; bei denen starke Drüsenschwellung besteht und die Haut, die zeitweise mit kaltem Schweiss bedeckt ist, deutliche icterische Färbung zeigt; bei denen auch gewöhnlich nicht nur Rachen, Tonsillen und Uvula erkrankt, sondern auch Zeichen von Kehlkopfstenose und Verschluss der Nase bestehen; kurz die Fälle, bei denen die Prognose sehr schlecht ist."

F. behandelte 34 Fälle, 30 maligne und 4 milde; es heilten 32. Ausser dem Serum wurden lokale Antiseptica und Stimulantien gegeben.

P. MC. BRIDE.

159) **B. Becker. Das Diphtherieserum — ein Resumé über einige Publicationen. (Antitoxin in diphtheria — a resumé of some reviews.)** *Journal Am. Med. Assoc. 9. Februar 1895.*

Nichts Originelles. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

160) **F. G. Morrill. Eine Diphtheritis-Endemie anscheinend zum Stillstand gebracht durch Heilserum. (An endemic of diphtheria apparently stopped by the use of antitoxin.)** *Boston Med. and Surg. Journal. 24. Januar 1895.*

Während einer Diphtheritis-Endemie in dem Kinderkrankenhaus zu Boston erhielt jeder Patient 5 ccm Serum injicirt und ebenso wurde jedes neuaufgenommene Kind — es wurde Niemand abgewiesen — behandelt. Die Kranken genasen alle und neue Fälle kamen nicht weiter vor.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

161) **H. B. Deale. Der gegenwärtige Stand der Diphtheriefrage. (The present status of diphtheria.)** *Maryland Med. Journal. 12. Januar 1895.*

Ein Bericht über die bisherigen Resultate der Serumtherapie in Europa.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

162) **E. G. Matson. Der Werth der Zeugnisse für und gegen das Diphtherieserum. (The value of the evidence for and against diphtheria antitoxin.)** *Pittsburgh Med. Review. Februar 1895.*

Die bisherigen Mittheilungen rechtfertigen den Versuch mit dem Mittel;

seinen endgültigen Werth oder Unwerth wird erst eine immense Beobachtungszahl erweisen. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

163) **G. A. Muehleck. Bericht über 4 mit Serum behandelte Fälle von Diphtherie. (Report of 4 cases of diphtheria treated by antitoxin.)** *Philadelphia Polyclinic. 5. Januar 1895.*

Alle 4 Fälle kamen zur Heilung. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

164) **2 Redactionelle Notizen. Die Behandlung der Diphtheritis mit Serum. (The treatment of diphtheria with antitoxin.)** *Philad. Medical News. 5. und 12. Januar 1895.*

Fortlaufende Mittheilungen über die Veröffentlichungen deutscher, französischer und englischer Blätter über die Erfolge mit Heilserum. LEFFERTS.

165) **Eduard P. Brewer. Sechs Fälle von Diphtheritis mit Antitoxin behandelt. (Six cases of diphtheria treated with the antitoxin.)** *Philad. Medical News. 19. Januar 1895.*

Nichts Besonderes. LEFFERTS.

166) **Edwin J. Kuh. Weitere Erfahrungen mit Behring's Diphtherieserum nebst Bemerkungen über den Gebrauch der Loeffler'schen Toluollösung. (Some additional experiences with Behring's diphtheria-antitoxin and some remarks on the use of Loeffler's Toluol-solution.)** *Philad. Medical News. 26. Januar 1895.*

K.'s weitere Erfahrungen mit dem Serum waren günstige. Bezüglich der Toluollösung meint Verf. nach seinen Erfahrungen, dass dieselbe ein lokales Abortivmittel für die acute folliculäre Tonsillitis ist. Wichtig ist, zu wissen, dass diese Löffler'sche Toluollösung durch chemische Wirkung im Halse gewisse graue Flecke auf der Schleimhaut erzeugt; man darf diese nicht mit Neuinvasionen des diphtheritischen Processes verwechseln. LEFFERTS.

167) **Carl Frese. Ein Fall von Diphtheritis mit Serum behandelt. (A case of diphtheria treated with the antitoxin.)** *Phil. Med. News. 2. Februar 1895.*

Nichts Bemerkenswerthes. LEFFERTS.

168) **Romulus A. Foster. Diphtheriefälle mit und ohne Serumbehandlung. (Cases of diphtheria treated with and without the antitoxin.)** *Philad. Med. News. 2. Februar 1895.*

1. Von 2740 Fällen von Diphtherie — ausgewählt und nicht ausgewählt, einschliesslich der tracheotomirten und intubirten — die mit Serum behandelt wurden, starben nur 509 = 18,54 pCt. Mortalität.

2. Von 4445 Fällen ohne Serum — ebenfalls die tracheotomirten oder intubirten eingeschlossen, starben 2017 = 45,36 pCt.

3. Von den am 1. Tag mit Serum behandelten starb kein Fall; bei Beginn der Behandlung am 2. Tage starben 2,83 pCt., am 3. Tage 9,99 pCt., am 4. Tage 20 pCt., am 5. Tage 33,33 pCt.; in den Fällen schliesslich, in denen die Serum-

behandlung nach dem 5. Tage begann, betrug die Mortalität 41,38 pCt. Die durchschnittliche Menge des injicirten Serums betrug bei leichteren Fällen 1 bis 10 ccm, bei schweren 10—25 ccm. LEFFERTS.

169) **L. Wolff. Der Werth der Serumbehandlung illustrirt durch 2 Diphtheriefälle. (The value of the antitoxin-treatment illustrated by two cases of diphtheria.)** *Philad. Med. News. 9. Februar 1895.*

Das jüngere schwer erkrankte Kind wurde mit Serum behandelt und genas. Das ältere, das ohne Serum blieb, da die Infection im Anfang milder erschien, starb. LEFFERTS.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

170) **Reinke** (Rostock). **Untersuchungen über das menschliche Stimmband·** *Fortschritte d. Medicin. 12. 1895.*

Nach den Beobachtungen Reinke's zeigt das menschliche Stimmband zwei morphologisch verschiedene Abschnitte, der eine lateral gelegene bildet die Basis des Stimmbandkörpers, während der zweite medialwärts gelegene einen zungenförmigen Fortsatz dieses Körpers darstellt. Die Basis ist mehr oder minder constant in ihrer Form, während der zungenförmige Fortsatz sehr viel beweglich ist und sich in seinem feinen morphologische Aufbau gänzlich verschieden von der Basis zeigt. Eine von R. als „linea arcuata" bezeichnete Linie bildet die Grenze zwischen diesen beiden Abschnittes des Stimmbandes und zwar findet sich sowohl eine l. arcuata inferior als superior.

Am schärfsten bekommt man beide Linien zu sehen nach Schaffung eines künstlichen Oedems im medialen Theil des Stimmbandes — zwischen Epithel und elastischem Band, durch Injection von Luft oder Leim mit Berliner Blau.

SEIFERT.

171) **A. Kirstein** (Berlin). **Autoscopie des Larynx und der Trachea. (Besichtigung ohne Spiegel.)** *Berliner klin. Wochenschr. 1895. No. 22.*

K. cocainisirt den Pharynx und die Unterfläche der Epiplottis, lagert den Patienten entweder horizontal auf den Rücken so dass sein Kopf über den Tischrand hinabhängt oder lässt den Kranken mit stark nach hinten über geneigtem Kopf sich setzen. Dann führt er sein Autoscop ein, welches sein Hypomochlion an den oberen Schneidezähnen findet resp. wenn diese fehlen am Oberkiefer und mit dessen distalem Ende er hinter die Epiglottis geht, durch starkes Vordrängen der Zungenbasis ermöglicht er so einen direkten Einblick in Larynx und Trachea. Er verspricht sich besondereVortheile zur Besichtigung der Vorderfläche der hinteren Kehlkopfwand und der Trachea; Epiglottis und vordere Commissur sind dem Blick bisher entzogen: die Vortheile der neuen Methode, denen gewisse auch vom Autor zugegebene Nachtheile gegenüber der gewöhnlich geübten Laryngoscopie anhaften, können wohl erst nach längerer Prüfung durch die Erfahrung Vieler sicher gestellt werden. LANDGRAF.

172) **Oertel. Ueber eine neue laryngostroboskopische Untersuchungsmethode.** *Münchn. med. Wochenschr. No. 11. 1895.*

Weiterbauend auf seine früheren Untersuchungen kommt Oe. auf Grund seiner Erfahrungen mit dem neuen verbesserten aus der Werkstätte von Prof. Edelmann hervorgegangenen Apparate zu folgenden Schlüssen: Durch die neue Untersuchungsmethode wird die bisher geübte nicht ausreichende Spiegeluntersuchung des Kehlkopfes vervollständigt und erst zum eigentlichen Abschluss gebracht: Wir besitzen in der Anwendung des Laryngostroboscops bei physiol. Untersuchungen des Stimmapparates eine wichtige wissenschaftliche Untersuchungsmethode, welche durch keine andere ersetzt werden kann. Wir besitzen in derselben ein wichtiges diagnostisches Hilfsmittel in Fällen von mannigfachen Störungen der motorischen Functionen des Kehlkopfes. Bei verschiedenen Anomalien in der Stimmbildung, bei Abnahme und Versagen der Stimme sowohl in der Rede wie im Gesange, bei Verlust der Singstimme und ähnlichen functionellen Störungen werden wir durch das Laryngostroboscop zweifellos werthvolle Aufschlüsse erhalten können. Ebenso ist nicht unwahrscheinlich, dass sich für die hierherbezüglichen Fälle auch Anhaltspunkte zu einem erfolgreicheren therapeutischen Eingreifen als bisher finden lassen werden. Neue Anhaltspunkte kann die Anwendung dieser Untersuchungsmethode für die Prognose in Bezug auf den Verlauf und Ausgang eines bestimmten Falles liefern, so bei Kranken mit halbseitiger Kehlkopflähmung, wo das Auftreten synchronischer Schwingungen seitens des gelähmten Stimmbandes bei niedrigeren Tönen als in den vorausgegangenen Beobachtungen eine günstige Prognose in Bezug auf Besserung oder Heilung der Krankheit gelässt. Die Details über die Construction der Apparate, über die Ergebnisse der Untersuchung schwingender Membranen — Total — Partial — Schwingungen etc. müssen im Original gelesen werden. SCHECH.

173) **Spicer. Die Untersuchung des Kehlkopfs und die Entfernung von Kehlkopfgeschwülsten bei jungen nervösen oder ungeberdigen Kindern. (To examine the larynx and to remove laryngeal growths in young, nervous or unmanageable children.)** *Philad. Med. News. 12. Januar 1895.*

Verf. empfiehlt zuerst eine vorsichtige Anwendung von 10 proc. Cocainlösung, dann die Inhalation von Chloroform bis zu leichter Allgemeinnarkose. Ein Assistent hält das Kind in der für laryngoskopische Untersuchung gebräuchlichen Stellung, ein zweiter hält von hinten den Kopf aufgerichtet, ein dritter Assistent handhabt von hinten und rechts den Mundsperrer, ein vierter hält die Zunge mit der Zange. Bei der Exstirpation von Tumoren sollen die Sitzungen in 1 oder 2 wöchentlichen Intervallen stattfinden. LEFFERTS.

174) **Thomas Hubbard. Fehlen der Epiglottis. (Absence of the epiglottis.)** *N. Y. Med. Journal. 6. April 1895.*

Es handelt sich augenscheinlich um alte syphilitische Zerstörung der Epiglottis (Ref.) LEFFERTS.

175) **Juffinger** (Innsbruck). **Varicöse Venen an der linken Plica aryepiglottica und des Sinus pyriformis sin.** Demonstration in der wissenschaftlichen Aerztegesellschaft in Innsbruck am 1. Februar 1895. — *Wiener klin. Wochenschrift. 1895. No. 15.*

Dieselben erreichten Kielfederdicke und hängen bei der Athmung in das Larynxlumen hinein, bei der Phonation aber in den Sinus pyriformis. Sie liegen so dicht aneinander, dass sie einem cystischen Beutel gleichen, dessen Zusammensetzung aus Venen nur bei Sonnenlicht deutlich wird. Als Ursache fand sich ein Carcinom der Speiseröhre (20 cm von der Zahnreihe entfernt) welches offenbar zur Stauung der Venen führte. CHIARI.

176) **Koschier** (Wien). **Ein Fall von Lymphangioma cavernosum ligamenti aryepiglottici.** Aus Störk's Klinik. — *Wiener med. Blätter. 1895. No. 7.*

Ein wallnussgrosser, von normaler rother Schleimhaut bedeckter, fluktuirender Tumor geht breitblasig von der hinteren Fläche der linken aryepiglottischen Falte und des Aryknorpels aus, reicht bis zur Mitte des Ringsknorpels, ohne die Beweglichkeit des Aryknorpels stark zu behindern. Bei Abtragung mit der galvanokaustischen Schlinge floss viel milchige Flüssigkeit, aber nur Spuren von Blut aus. Histologisch erwies sich der Tumor als Lymphangioma cavernosum. Lymphgefässneubildung fand sich nirgends; wahrscheinlich war der Tumor angeboren, wuchs aber seit 5 Monaten stark in Folge einer Entzündung, die in Lymphangiomen häufig auftritt. Heilung anstandslos. Recidive erfolgte einige Monate später; Koschier zeigte denselben Patienten in der laryngol. Gesellschaft. CHIARI.

177) **O. Chiari** (Wien). **Ueber Prolapsus ventriculi Morgagni.** Vortrag, geh. in d. Wien. lar. Gesellschaft am 14. März 1895. — *Wiener klin. Wochenschrift. 1895. No. 27.*

Ch. schliesst sich auf Grund eines von ihm operirten und mehrerer anderer von ihm gesehener Fälle, sowie nach einem mikroskopischen Präparate, welches eine in den Ventrikel hineinragende schmale Schleimhautfalte zeigt, der Ansicht B. Fränkel's an, dass nämlich der Prol. v. M. durch das Hervortreten umschriebener Bindegewebshypertrophien oder Tumoren aus dem Ventrikel vorgetäuscht werde. Ausserdem werden auch Publicationen Ruault's, Botey's, Beausoleil's, Chappel's und Schnitzler's besprochen, auf welche B. Fränkel's Erklärung passt. Endlich wird erwähnt, dass Türck, Störk u. a. Ventrikeltumoren beschrieben und theilweise abbildeten, welche den Prolaps in den Bildern von Lefferts, Solis Cohen und Elsberg völlig glichen, aber eben als Tumoren betrachtet und erwiesen wurden. Schliesslich betont Chiari, dass eine theilweise Vorstülpung der Ventrikelschleimhaut durch einen aus dem Ventrikel hervortretenden Tumor (der an seiner Wand entsprang) ganz gut möglich und in dem Falle Schrötter's auch wirklich constatirt sei. Eine völlige Umstülpung der Schleimhaut des Ventrikels hält Chiari für kaum möglich und schliesst sich darin völlig den Ausführungen B. Fränkel's an. CHIARI.

178) **Panzer** (Wien). **Ueber tuberculöse Stimmbandpolypen.** Aus der lar. Abtheilung des Prof. O. Chiari. Vortrag, geh. in d. 66. Versammlung deutscher Naturforscher u. Aerzte in Wien im September 1894. — *Wiener med. Wochenschrift. 1895. No. 3, 4 und 5.*

P. bildet 3 Fälle ab und bringt die Krankheitsgeschichten derselben. 2mal handelte es sich um rundliche Stimmbandgeschwülste in ganz gesunden Kehlköpfen, die erst bei der histologischen Untersuchung als Tuberkulome erkannt wurden. Einmal waren die papillären Wucherungen am Stimmbande und an der Plica interaryt. schon mit dem Spiegel als tuberkulös zu erkennen. Der erste der knötchenartigen Polypen war an dem Orte entstanden, an welchem vor 5 Monaten ein histologisch als reines hypertrophisches Stimmband-Knötchen (vulgo weiches Fibrom) constatirter Tumor von Halberbsengrösse entfernt worden war; die Infection fand von aussen her statt, da die Lungen des Patienten gesund waren.

CHIARI.

179) **Tschlenon** (Moskau). **Ueber einen Fall von umschriebenem, gummösem, nicht ulcerirtem Tumor im Kehlkopf.** Aus der laryngol. Abtheilung des Prof. O. Chiari in Wien. — *Wiener klin. Wochenschr. 1895. No. 13.*

Wegen der Schwierigkeit, isolirte Infiltrate des Kehlkopfes zu diagnosticiren, berichtet Tsch. über diesen Fall. Bei einem Manne mit ulcerirtem Gumma des Rachens fand sich in dem sonst ganz normalen Kehlkopfe an der Spitze des linken Aryknorpels ein haselnussgrosser, birnförmiger, mit einer kleinen Narbe versehener Tumor, der nach 1 Monate unter Inunctionen mit Ung. cinereum (2 g p. die) auf Erbsengrösse zurückging. Gleichzeitig heilte auch das Rachengeschwür. Bei dem Patienten hatte vor 9 Jahren eine syphilitische Infection stattgefunden, die die gewöhnlichen Folgen nach sich zog. Vor 4 Jahren wurde er an Rachen- und Kehlkopfgeschwüren behandelt, die man zuerst für Tuberkulose hielt. Jetzt zeigte er keine Spur von Tuberkulose.

CHIARI.

180) **Panzer** (Wien). **Cystenbildung im Larynx.** Aus der laryngol. Abtheilung des Prof. O. Chiari. Vortrag, gehalt. in d. Wiener laryngol. Gesellschaft am 14. Februar 1895. — *Wiener klin. Wochenschr. 1895. No. 16.*

Nach kurzer Besprechung der Aetiologie berichtet P. über einen Fall. Ein rundlicher, dunkelblauer, etwas durchscheinender, linsengrosser Tumor des linken Aryknorpels wurde von Chiari abgetragen. Der Tumor zeigte sich ausserhalb des Kehlkopfes roth und liess eine gelbliche Masse austreten, welche aus Granulationsgewebe, geronnenem Serum und einer homogenen scholligen Substanz bestand. Die Cystenwand war mit geschichtetem Plattenepithel bedeckt und bestand aus feinfaserigem, viele Maschenräume und Pigment enthaltendem Bindegewebe. Die Entstehung der cystischen Geschwulst wird von Blutung in einen grösseren Maschenraum abgeleitet; Drüsen fehlten in ihr völlig.

CHIARI.

181) **G. Heaton. Papillome des Kehlkopfs. (Papillomata of the larynx.)** *Brit. Med. Journal. 16. März 1895.*

Vorstellung des Falles in der Midland Medical Society.

ADOLPH BRONNER.

182) **Baurowicz** (Krakau). **Scleroma laryngis subforma sclerosis interarytaenoideae.** Vortrag, geh. auf d. 66. Versamml. deutscher Naturforscher u. Aerzte. *Wiener med. Wochenschr. 1895. No. 6.*

Durch das schrumpfende Infiltrat an dieser Stelle waren beide Aryknorpel dicht neben einander fixirt, woraus Stenose der Glottis folgte. Nach Laryngofissur wurde das tief unter die Glottis reichende Infiltrat der hinteren Larynxwand, sowie die subchordalen Infiltrate ausgeschabt, worauf die Aryknorpel auseinandertraten. 3 Wochen nach der Operation konnte die Canüle entfernt werden, da die Glottis weit war. Baurowicz erwähnt schliesslich 2 ähnliche Fälle, welche Pieniazek ebenso mit Erfolg schon früher behandelt hatte. CHIARI.

183) **Schrötter. Ein Beitrag zur Kenntniss des Verlaufes des Scleroms der Luftwege.** *Monatsschr. f. Ohrenh. etc. No. 5. 1895.*

Die Krankheit des vielfach beschriebenen Falles Stojan hatte 20 Jahre gedauert; der tödtliche Ausgang wurde angebahnt durch den ursprünglich von der Nase ausgegangenen, in stetiger Weise hinab in die Luftröhre steigenden Process, der sich schliesslich auf die Bronchien fortsetzte, extensiver im Gebiete des rechten Bronchus, intensiver mit der schon im Leben erkannten Verengung des linken Bronchus. Der Tod erfolgte durch lobuläre Pneumonie. Schrötter meint, dass seine Fäulnisserreger in die Tiefe gebracht werden, und man müsse daran denken, in solchen Fällen vor der Einführung der Instrumente die Trachea stärker zu desinficiren mit Ausspritzungen etc.

In einem anderen 15 Jahre beobachteten Falle kamen die subchordalen Wülste durch Inhalation ganz zum Verschwinden, dagegen bildeten sich selbstständige Knoten an jedem Stimmband und eine den Larynx obturirende Membran.

SCHECH.

184) **Paul** und **Hunt** (Liverpool). **Aeusserliches Sarcom des Kehlkopfs. (Extrinsic sarcoma of larynx.)** *Liverpool Med. Chir. Journal. Januar 1895.*

Vorstellung des Patienten, bei dem die Geschwulst seit der letzten Vorstellung vor 1 Jahr nur sehr langsame Fortschritte gemacht hat.

P. MC. BRIDE.

185) **Paul** und **Hunt** (Liverpool). **Innerliches Kehlkopfsarcom. (Intrinsic sarcoma of larynx.)** *Liverpool Med. Chir. Journ. Januar 1895.*

Vorstellung eines 13 jährigen Knaben, dem vor 15 Monaten ein Kehlkopfsarcom exstirpirt worden ist und der jetzt Papillome im Larynx hat.

P. MC. BRIDE.

186) **Brindel. Gelapptes Pflasterzellenepitheliom des Kehlkopfs. (Epithelioma pavimenteux lobulé du larynx.)** *Journal de médecine de Bordeaux. No. 13. 31. März 1895.*

Verf. legt mikroskopische Schnitte eines Pflasterzellenepithelioms vor, das sich in der Gegend des Taschenbandes entwickelt hatte. Die epitheliale Form des Tumors hat von dem am freien Rande des falschen Stimmbandes vorhandenen Schutzepithel ihren Ursprung genommen. E. J. MOURE.

187) **Oestreich. Primäres Carcinom der Trachea.** *Deutsche med. Wochenschr. 1895. No. 9.*

Demonstration des Präparates. Dasselbe stammte von einer 28jährigen Frau, die auf der Leyden'schen Klinik gestorben war. LANDGRAF.

188) **G. Hodsdon** (Edinburgh). **Totalexstirpation des Kehlkopfs. (Total excision of the larynx.)** *Edinburgh Med. Journal. Januar 1895.*

H. stellt einen Patienten vor, dem er den Larynx exstirpirt hat und der gut mit künstlichem Kehlkopf spricht. P. MC BRIDE.

189) **Péan** (Paris). **Exstirpation des Larynx und eines Theils des Pharynx. (Extirpation du larynx et d'une partie du pharynx.)** *Acad. de méd. 22. Januar 1895. Philad. Med. News. 25. März 1895.*

Bei einem 50jährigen, mit einem ausgedehnten Krebse des Kehlkopfes behafteten Patienten wurde die totale Exstirpation dieses Organs, sowie eines Theiles der antero-lateralen Wand des Pharynx und des nächstliegenden Theiles der Speiseröhre ausgeführt. Nach vollendeter Operation wurde die Trendelenburg'sche Canüle in der Trachea gelassen und eine Sonde durch die neue Oeffnung des Oesophagus in den Magen eingeführt.

Die Wunde wurde mit einem antiseptischen, leicht comprimirenden Verbande bedeckt. Die Dauer der Operation überstieg nicht 2 Stunden.

Die exstirpirte Geschwulst bot die Grösse einer kleinen Orange und die Structur eines lobulären Epithelioms dar.

Patient machte eine gute Genesung durch und konnte durch einen doppelten Apparat vocale Töne herausbringen und sich per os nähren. LUC.

190) **Chas. A. Powers** und **Geo. R. White. Die Excision des Kehlkopfs: Eine Zusammenstellung von 6 neuen Fällen und 300 aus der Literatur gesammelten. (Excision of the larynx: Six cases hitherto unreported, together with the analysis of three hundred additional cases gathered from literature.)** *N. Y. Med. Record. 23. März 1895.*

Eug. Krause konnte 1890 im Ganzen 240 Fälle von Exstirpation des Kehlkopfes sammeln, über die sich zuverlässige Ermittelungen anstellen liessen. Die Verff. fügen 69 Fälle hinzu, verfügen also im Ganzen über 309. Von diesen erlagen 101, gleich 32 pCt., dem operativen Eingriff, d. h. sie starben innerhalb der ersten 8 Wochen nach der Operation am Shock, Blutung, Pneumonie, Sepsis oder Erschöpfung. Die Mortalität war nach der Totalexstirpation erheblich grösser, als nach der partiellen, sie betrug 35 pCt. bei jener, gegen 27 pCt. bei dieser. LEFFERTS.

191) **J. Sendziak. Sammelforschung über die operative Behandlung der malignen Neubildungen des Kehlkopfs. (Collective investigation upon the operative treatment of malignant neoplasms of the larynx.)** *Philad. Med. News. 19. Januar 1895.*

Eine Bitte um Material, die auch im Centralblatt zum Abdruck gelangt ist.

LEFFERTS.

192) **Eymonnet. Die Tracheotomie beim Erwachsenen: ihre Operationstechnik, und ihre Indicationen. (De la trachéotomie chez l'adulte: manuel opératoire indications.)** *Thèse de Paris.*

Nichts Neues. **A. CARTAZ.**

193) **Lehmann** (Dresden). **Eine zweizeitige Tracheotomie — zur Erleichterung der Intubation bei erschwertem Décanulement.** *Arch. f. klin. Chirurgie. 49. 1895.*

Die Erleichterung der Intubation geschah durch Verabreichung von Chloralclystieren (3,5 in 29 Stunden). **SEIFERT.**

194) **Jeremitsch** (Moskau). **Pharyngotomia suprahyoidea (proprie sic dicta).** *Arch. f. klin. Chirurgie. 49. 1895.*

Eine durch einen Selbstmordversuch entstandene Querincision oberhalb des Zungenbeines ergab einen auffällig guten Einblick in den Pharynx. Ein solcher Fall zeigt, dass man die Pharyngotomia suprahyoidea unmittelbar vom oberen Zungenbeinrand benutzen kann in allen jenen Fällen, in welchen die Pharyngot. subhyoid. angezeigt ist (gut und bösartige Neubildungen in der Gegend der Ligg. ary-epiglottica, der Epiglottis und der angrenzenden Theile). Ausserdem werde die Ph. suprahyoidea noch anzuwenden sein bei Affectionen der Zungenbasis und bei Neubildungen im oberen hinteren Pharynxabschnitte. **SEIFERT.**

195) **Rosenbaum** (Berlin). **Die Totalexstirpation der Epiglottis nebst einigen Bemerkungen zur Pharyngotomia subhyoidea.** *Arch. f. klin. Chir. 49. 1895. Deutsche med. Wochenschr. 1895. No. 7.*

Bei einem 64jährigen Manne wurde von Israel vermittelst der Pharyngotomia subhyoidea ein grosses Carcinom der Epiglottis mit gutem Erfolge entfernt. Die Hauptsache bei der Operation ist die Schonung der Nn. laryngei superiores, die möglich ist, wenn man sich genau an den unteren Zungenbeinrand hält und die Nerven im lateralsten Theil der Mm. hyothyreoidei isolirt und nach aussen zieht.

SEIFERT.

f. Schilddrüse.

196) **Weil** (Prag). **Ueber die Schilddrüse.** Vortrag im Verein deutscher Aerzte in Prag am 30. November 1894. — *Wiener klin. Wochenschr. 1895. No. 2.*

Auch für Herbivoren wurde eine Cachexia strumipriva nachgewiesen. Es gelang ihm meistens nicht Schilddrüsen auf Hunde zu transplantiren, und wenn dies einmal gelang, verhinderte das nicht die Cachexia strumipriva. Die Cachexie bei Hunden konnte auch nicht durch Schilddrüsenfütterung gebessert werden.

Dagegen reichte er bei parenchymatösen Kröpfen junger Menschen in zwei Fällen täglich 5 g Kalbsschilddrüse und erzielte damit Rückbildung, in einem Falle auf ein Drittel. Eine Erklärung für die Heilwirkung kann er nicht geben.

CHIARI.

197) **J. Rosenblatt** (Petersburg). **Ueber die Todesursache der Thiere nach Entfernung der Schilddrüse. (O pritschine smerti schiwotnich po udalenii tschitowidnoi schelesi.)** Dissert. *Archives des scienc. biolog. T. III. No. 1.*

In dieser sehr interessanten Dissertation, in der die Litteratur genaue und sorgfältige Berücksichtigung gefunden, stellt sich Verf. die Aufgabe, die Veränderungen kennen zu lernen, welche im Organismus nach Entfernung der Schilddrüse entstehen und ferner zu bestimmen, wie diese Veränderungen schwinden, wenn die einmal ausgesprochen erkrankten Thiere mit aus der Schilddrüse gewonnenen Präparaten behandelt werden.

Die zweite Frage musste gleich fallen gelassen werden, da es nicht gelang, ein Versuchsthier mit ausgebildeter Tetania thyreopriva zu retten.

Als Versuchsthiere wurden Hunde gewählt, weil dieselben nach Entfernung der Schilddrüse immer zu Grunde gehen, und weil die Neben-Schilddrüsen bei Hunden hart an der Schilddrüse selbst liegen und deshalb leicht aufgefunden und entfernt werden können.

Dem klinischen Bilde dieser Krankheit hat Verf. nichts Neues zuzufügen. Je jünger der Hund, desto schneller geht er zu Grunde. Die bei der Operation vorgekommenen Blutungen schienen verzögernd auf den Beginn und den Verlauf der Krankheit einzuwirken. Milchdiät verzögert, Fleischdiät beschleunigt den Verlauf. Während der Krämpfe wurde dreimal (unter 30) Amaurose beobachtet mit starker Anaemie der Papille und der Retina.

Bei der Section fand Verf. zufällig eine Vergrösserung der Prostata. Als er daraufhin alle seine Versuchshunde und viele andere Experimentalhunde untersuchte, fand er bei allen Hunden, die während des Lebens am Kropf gelitten hatten, oder denen die Schilddrüse entfernt war, eine vergrösserte Prostata. Daraus erlaubt sich R. den Schluss, dass die Prostata mit der Schilddrüse in irgend einer Wechselbeziehung steht.

In 10 Fällen wurde das Nervensystem microscopisch untersucht und zwar wurde jedem Gehirn dasselbe Stück entnommen. Stets wurde Oedem der Gehirnmasse gefunden, welches sich in Undeutlichkeit des microscopischen Bildes ausdrückte, in Dehnung der Neuroglia-Maschen, in Erweiterung der perivasculären und pericellulären Räume, die mit geronnenem Exsudat gefüllt erschienen etc.

Das Oedem war stärker, je länger die Thiere die Operation überlebten. In allen Theilen des Centralnervensystems fand man punktförmige Blutungen (per Diapedesin). Die Blutungen fanden sich neben den kleinen Arterien und Capillaren und unter dem Epithel des Ependyms, besonders des vierten Ventrikels. Um die Blutungen wurden kleinzellige Infiltrationen gefunden, was dafür spricht, dass die Blutungen noch während des Lebens entstanden waren.

Veränderungen in der Hypophysis cerebri, welche nach Schmid und Schönemann für ein Vicariiren derselben für die Schilddrüse sprechen, hat R. nicht finden können. Die Veränderungen in der Hypophysis cerebri hält R. für Folgen der Circulationsstörungen. Uebrigens hypertrophirt die Hypophysis cerebri auch bei anderen Gehirnkrankheiten.

Das Oedem und die Blutungen liessen eine Gefässerkrankung vermuthen, was R. auch bestätigen konnte, denn er fand in den Gefässen Veränderungen,

die nach Arnold, Kolosow und Engelmann für eine Gefässerkrankung sprechen. In der Leber fanden sich capilläre Blutungen, trübe Schwellungen, leichte, fettige Degeneration und Erweiterung der Intralobularvenen, — alles Veränderungen, denen keine bestimmte Bedeutung zuzumessen ist.

Sehr wichtige Veränderungen beobachtete R. in den Nieren. Ausser der venösen Hyperaemie, punktförmigen Blutungen zwischen den einzelnen Canälchen fanden sich in dem Lumen der Harnkanälchen und den Bowman'schen Kapseln helle, durchsichtige, homogene Körper von Kugel- oder ovaler Form. Diese Kugeln finden sich besonders häufig in den gewundenen Canälchen, wo sie mitunter das ganze Lumen ausfüllen. An solchen Stellen scheint das Canälchen seines Epithels beraubt zu sein. Nach einer genauen microchemischen Analyse erwiesen sich diese homogenen Kugeln als Colloidkörper. Die Entstehung dieser Colloidkörper aus dem Epithel der Harncanälchen liess sich deutlich nachweisen. Verf. glaubt, dass nach Entfernung der Schilddrüse im Organismus Giftstoffe entstehen, die durch die Niere ausgeschieden werden. Durch die Berührung mit diesen Giften erkrankt aber die Niere selbst, das Nierenepithel beginnt colloid zu entarten, die Ausscheidung der Giftstoffe stockt und das Versuchsthier geht zu Grunde. Ruft man bei Hunden durch Cantharidin eine leichte Nierenentzündung hervor und entfernt dann die Schilddrüse, so gehen dieselben schon am folgenden Tage zu Grunde.

LUNIN.

198) **Brunet. Die Behandlung des parenchymatösen Kropfes durch Injectionen von Jodtinctur. (Du traitement de goitre parenchymateux par les injections de teinture d'iode.)** *Arch. clin. de Bordeaux. No. 2. Februar 1895.*

Verf. empfiehlt die Jodeinspritzungen bei Kropf; er bespricht die Zufälle, die bei dieser Medication eintreten können, ihre Indicationen, ihre Technik und ihren anatomischen Effect.

E. J. MOURE.

199) **Bruns. Die Behandlung des Kropfes mit Schilddrüsenverfütterung. (Treatment of goitre by thyroid feeding.)** *N. Y. Med. Record. 26. Januar 1895.*

Von 12 Fällen von Kropf, die Schafs- oder Kalbsschilddrüsen zu essen bekamen, blieben nur drei ganz ohne Eindruck; neun wurden geheilt oder erheblich gebessert. Bei Kindern ist die Wirkung zuverlässiger als bei Erwachsenen, auch vertragen Kinder eine etwas grössere Dosis.

LEFFERTS.

200) **David Wallace** (Edinburgh). **Entfernung eines malignen Kropfes. (Removal of malignant goitre.)** *Edinburgh Med. Journal. Februar 1895.*

Vorstellung des Falles mit Demonstration microscopischer Präparate von Dr. Stiles.

P. MC. BRIDE.

201) **H. T. Williams. Zwei erfolgreiche Fälle von Thyroidectomie. (Two successful cases of thyroidectomy.)** *N. Y. State Med. Reporter. Februar 1895.*

Beide Patienten waren weiblichen Geschlechts, von 19 und 20 Jahren.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

202) **Ino. B. Roberts. Thyroidectomie zur Behandlung des Kropfes. (Thyroidectomy in the treatment of goitre.)** *N. Y. Med. Journal. 12. Januar 1895.*

Verf. ist für die Thyroidectomie, wenn alle medicinellen Behandlungsmethoden

versagt haben. Die Exstirpation darf natürlich nie die ganze Drüse betreffen, sondern nur die Theile des Kropfes sollen entfernt werden, die am meisten Druck ausüben oder besonders entstellen. LEFFERTS.

203) **Rehn. Ueber Morbus Basedowii.** *Münchn. med. Wochenschrift. No. 41. 1894.*

Rehn fand den Morb. B. als krankhafte Function der Schilddrüse auf, die sich als Giftwirkung äussert, je nach der Intensität von der leichten bis zur schwersten Form; im Anfange treten meist die Herzpalpationen in den Vordergrund. Als Behandlung empfiehlt sich die chirurgische, nur darf man nicht hoffen, dass mit der operativen Entfernung des Kropfes die Heilung erfolgt sei, diese vollzieht sich nur in sehr langsamer Weise. SCHECH.

204) **D. O'Donovan. Ein Fall von Basedow'scher Krankheit 2 Jahre lang mit Strophantustinctur behandelt. (Case of exophthalmic goitre treated during 2 years with tincture of strophantus.)** *Maryland Med. Journal. 5. Januar 1895.*

Der Pat. nahm zwei Jahre lang ohne Unterbrechung täglich 10 Tropfen Strophantustinctur. Der Kropf wurde deutlich kleiner und auch der Exophthalmus war ein wenig geringer geworden. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

205) **Przibram** (Prag). **Demonstration eines Mannes mit Morbus Basedowii.** Verein deutscher Aerzte in Prag am 30. November 1894. — *Wiener klinische Wochenschr. 1895. No. 2.*

Unter roborirender Behandlung trat bedeutende Besserung ein.

v. Jaksch bemerkt hierzu, dass er durch Fütterung mit Schilddrüsen in einem Falle von Myoedem mit Struma die Struma sich rückbilden sah. In letzterer Zeit verwendete er bei M. B. sowohl Merck's Thyreoidin, als auch englische Thyreoidintabletten mit gutem Erfolge. Das englische Präparat ist frei von dem garstigen Geruche des Thyreoidins. CHIARI.

206) **Glax** (Abbazia). **Zur Klimatotherapie des Morbus Basedowii.** *Wiener med. Wochenschr. 1895. No. 10.*

In 5 Fällen erzielte er in dem Seeklima von Abbazia durch Halbbäder mit Seewasser von 24° R. bis auf 18° R. abnehmend, Galvanisation am Halse und eine Stunde lang Application von Kälte auf die Herzgegend glänzende Erfolge. Er glaubt, dass die Seeluft sowie die Höhenluft (da beide nach den Versuchen von Malassez, Marestang, Viault, Mercier und Egger die rothen Blutkörperchen enorm vermehren) in gleich günstiger Weise die Anaemie der Kranken beseitigen. CHIARI.

207) **Kieninger** (Illereichen). **Myxoedem in Folge angeborenen Schilddrüsenmangels.** *D. prakt. Arzt. No. 2. 1895.*

Bei einem sechsjährigen Knaben, der sich bis zum zweiten Lebensjahre ziemlich gut entwickelt hatte, machten sich von da an die Erscheinungen des Myxoedems bemerkbar. Die Fütterung mit Schilddrüsentabletten ergab ein über-

raschendes Resultat, insofern nach drei Wochen alle Erscheinungen des Myxoedems verschwunden waren. SEIFERT.

208) **Harry Kemble** (London). **Acromegalie. (Acromegaly.)** *British Medical Journal. 12. Januar 1895.*

Demonstration eines Falles am 12. December 1894 vor der North West London Clinical Society. Nichts von laryngologischem Interesse. SEMON.

209) **Ralph L. Parsons. Akromegalie. (Acromegaly.)** *N. Y. Medical Journal. 20. Januar 1895.*

Verf. giebt eine genaue Schilderung des Patienten, dessen Aussehen dem typischen Bilde der Akromegalie entspricht. Zur Behandlung wurde Thyreoid-Extract gegeben, anfangs fünf Tropfen dreimal täglich, später steigend bis zu dreimal 15 Tropfen. Von tonischen Bädern und allgemeinen hygienischen Maassnahmen sowie einer Regulirung der Diät abgesehen wurde sonst nichts verordnet. Pat. giebt selbst an, dass er sich sehr viel besser fühle. LEFFERTS.

210) **J. H. Eberson** (Amsterdam). **Ueber Thyroid-Therapie. (Over thyreoid-therapie.)** *Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. 1895. II. No.* 1.

Uebersichtsartikel. H. BURGER.

211) **O. Betz** (Heilbronn). **Begleiterscheinungen beim Gebrauch von Schilddrüsenextracttabletten.** *Memorabilien. XXXIX. 3. Heft. 1895.*

Bei einem 35jährigen Manne waren nach fünfwöchentlichem Gebrauche von Schilddrüsentabletten (behufs Entfettung) unangenehme Nebenerscheinungen aufgetreten, bestehend in einem der Psoriasis ähnlichen Exanthem und hochgradiger sexueller Erregtheit. SEIFERT.

212) **F. Ph. Küthe** (Tiel). **Extractum thyroidii siccum und Extractum thymi siccum. (Extractum thyroidii siccum en extractum thymi siccum.)** *Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. 1895. I. No. 4.*

Während der Gebrauch von Schilddrüsenextract Abmagerung verursache, soll vielleicht der Thymusdrüse eine fettbildende Function zukommen. K. erwähnt einen Fall, in welchem ein Kind von zwei Monaten, welches mager war und sich nicht entwickelte, ohne dass Digestionsstörungen vorhanden waren, nach täglichem Gebrauch von 1—2 g Extr. thymi siccum, während sechs Wochen sich auffallend entwickelt hatte. H. BURGER.

g. Oesophagus.

213) **W. Körte** (Berlin). **1. Fall von Gastrostomie wegen Fremdkörpers in einer tiefen Oesophagusstrictur mit Demonstration von Verengerungen und Fremdkörpern der Speiseröhre. 2. Demonstration einer mittelst der v. Hacker'schen Methode behandelten Aetzstrictur der Speiseröhre. 3. Oesophagotomia externa wegen Zahnplatte. 4. Zahnplatte im Oesophagus. 5. Denkmünze von Fünf-**

markstückgrösse nach 18 tägigem Verweilen im Oesophagus extrahirt. 6. Nickelmünze (10 Pf.) aus dem Oesophagus eines $2^1/_2$ jähr. Kindes nach 3 wöchentlichem Verweilen extrahirt. 7. Metallschraube. 8. Blechstücke in Ankerform bei Kindern aus der Speiseröhre entfernt. 9. Präparat einer Gastrostomie mit Schrägfistel wegen Oesophaguscarcinom angelegt. *Berliner klin. Wochenschr. 1895. No. 20.*

Kurze Notizen über diese Fälle auf dem Chirurgencongress gegeben.

LANDGRAF.

214) **H. Gurney. Arterielle Blutung durch einen Kaninchenknochen im Oesophagus; Genesung. (Arterial haemorrhage produced by impacted rabbit bone in oesophagus; recovery.)** *Brit. Med. Journal. 12. Januar 1895.*

Drei Tage nachdem der Knochen verschluckt war, wurde die Entfernung mittelst „Probang“ versucht. Drei Tage später starke arterielle Blutung (1 Liter Blut); Genesung.

ADOLPH BRONNER.

215) **Th. Rovsing** (Kopenhagen). **Impermeable Aetzungsstrictur des Oesophagus. Gastrostomie. Retrograde Dilatation. Heilung. (Impermeabel Aetsningsstrictur af Oesophagus — Gastrostomi — retrograd Dilatation — Helbredelse.)** *Medicinsk Selskabs Forhandl. Kopenhagen. 1895. S. 108.*

Ein fünfjähriges Mädchen bekam plötzlich Symptome einer impermeablen Strictur, die 14 cm von der Zungenwurzel entfernt war. In der Vermuthung, dass es sich um ein Corpus alienum handelte, wurde die Oesophagotomia externa am 31. Januar gemacht. Eine ulcerirte Strictur wurde gefunden, und erst jetzt aufgeklärt, dass das Mädchen Natronlauge getrunken hatte.

Am 2. Februar wird, da die Strictur von oben sich nicht passiren lässt, die Gastrostomie (à deux temps) gemacht, und in der folgenden Zeit glückte es dem V. die Strictur von unten mittelst Bongieeinführung zu dilatiren, so dass die Patientin am 8. April zu weiterer poliklinischer Behandlung entlassen werden konnte. Die Patientin wurde der Gesellschaft 9 Monate nach der Operation vorgestellt. Ein Bougie wird noch ein- bis zweimal wöchentlich eingeführt.

SCHMIEGELOW.

216) **Mayo Robson. Ein neues Oesophagusbougie. (New form of oesophageal bougie.)** *Brit. Med. Journal. 16. Februar 1895.*

Nach dem Modell der Urethral-Bougies à boule. Von Rausche, Leeds, zu beziehen.

ADOLPH BRONNER.

217) **Mark Hovell. Oesophagusbougies. (Oesophageal bougies.)** *British Med. Journal. 9. März 1895.*

Verf. macht darauf aufmerksam, dass die von Mayo Robson in der letzten Nummer beschriebenen Bougies vor 20 Jahren bereits von Durham angegeben wurden.

ADOLPH BRONNER.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) Berliner Laryngologische Gesellschaft.

Sitzung vom 18. Januar 1895.

P. Heymann stellt eine Pat. mit zahlreichen papillomähnlichen Tumoren am Nasenseptum vor.

Gerhardt: Ueber äussere Untersuchung des Kehlkopfes.

G. berücksichtigt nur die Bewegungserscheinungen. Bei Athemnoth bewegt sich der Kehlkopf auf und ab; die Bewegung ist ausgiebiger bei Kehlkopfstenose, schwach bei Tracheostenose. Im ersteren Falle wird gew. das Kinn gehoben, um durch Andrücken des Larynx gegen die Wirbelsäule denselben breit zu drücken; bei Verengerung der Luftröhre wird das Kinn dem Brustbein eher genähert. — Der bei Stenosen entstehende Stridor ist fühlbar und steigt bei Verengerung des Kehlkopfes nach abwärts, bei Tracheostenosen aufwärts. Ist der Stridor nur exspiratorisch, so ist die Luftröhre befallen, ist er rein inspiratorisch, der Kehlkopf.

In einem nicht untersuchbaren Falle mit exspiratorischem Stridor fand sich als Ursache desselben ein die Trachea comprimirendes Aortenaneurysma.

Das Luftröhrenhüpfen beobachtet man bei Aortenaneurysma; es ist aber ein unsicheres Zeichen.

Das Kehlkopfhüpfen sah G. in einem Falle, in dem ein Aneurysma die Aort. ascend. und den Aortenbogen befallen hatte, und die Carot. sin. ebenfalls eine aneurysmatische Erweiterung zeigte, so dass die Trachea zwischen beiden Aneurysmen lag. Sprach der Pat. einen langgezogenen Vocal, so hörte man eine deutliche rhythmische Unterbrechung des Tons.

Die zwischen Ring- und Schildknorpel beiderseits aufgelegten Finger fühlen beim Singen eines Vocals die Bewegung des M. cricothyreoid; bleibt seine Contraction aus, so kann die electrische Untersuchung feststellen, ob eine centrale oder periphere Ursache vorliegt.

Bei der Palpation des Schildknorpels fühlt man die Stimmschwingungen, und bei Lähmung oder Desorganisation eines Stimmbandes auf der entsprechenden Seite öfter schwächer.

Bei Stimmbandlähmung kann man die Stimme durch Druck verbessern oder verschlechtern.

Adductorenlähmung hysterischer Natur kann man durch Compression des Larynx verbessern.

Bei doppelseitiger Posticuslähmung kann man durch Compression des Rumpfes manchmal einen Ton hervorbringen = passive Stimmbildung.

Bei Accessoriuskrampf geschieht auf der entsprechenden Seite die Abduction in zuckender Bewegung, die der Finger am Zungenbeinhorn fühlen kann.

Diese zuckenden Bewegungen sah G. bei einer 21jährigen Frau, die ausser einem Sarcom am rechten Unterschenkel ein solches der Lungen und der Pleura hatte. Die Adduction der Stimmbänder geschah beiderseits mit tremorartiger Bewegung.

Bei der Section fand sich neben den angegebenen Veränderungen am rechten Stirnhirn ein tiefer Eindruck in Folge einer Sarkommetastase am rechten Stirnbein. Möglich, dass mit diesem Druck auf die dritte Stirnwindung die zitternden Bewegungen der Stimmbänder zusammenhingen.

Treitel konnte bei einem Strumektomirten mit rechter Recurrenslähmung durch einseitigen Druck am Halse die Stimme wiederherstellen; jetzt nach 4 Jahren ist es nur noch möglich durch Zusammendrücken des Schildknorpels.

Flatau erinnert daran, dass man oft durch starke Depression der Zunge die Epiglottis zu sehen bekommt; er konnte so in einem Falle eine submucöse Laryngitis diagnosticiren.

B. Fränkel konnte die Differenz in Bezug auf die Fühlbarkeit der Schwingungen bei einseitiger Stimmbandlähmung nicht in einer nennenswerthen Zahl von Fällen constatiren; es ist ein unsicheres Zeichen.

Sitzung vom 15. Februar 1895.

Landgraf: Ueber acutes circumscriptes Kehlkopfödem.

Ein gesunder Mann in mittleren Jahren erkrankte mit Druckgefühl im Halse und Heiserkeit, zu der sich innerhalb einiger Minuten Athembeschwerden gesellten. Es fand sich ödematöse Anschwellung beider vorderen Gaumenbögen, der rechten aryepigl. Falte und des rechten Taschenbandes und der Schleimhaut über dem rechten Aryknorpel. — 3 Stunden später rechter Gaumenbogen frei, aber Uvula und linker hinterer Gaumenbogen und linkes Taschenband ödematös. Nach wieder einigen Stunden auf der linken Seite Zunahme des Oedems, rechts frei; in der darauf folgenden Nacht auch links frei. In den nächsten Tagen zeigten sich an verschiedenen Stellen der äusseren Haut Schwellungen bis zu Handtellergrösse. Herz und Nieren gesund. Dieser Krankheit war eine psychische Depression voraufgegangen.

In einem zweiten Falle erkrankte ein 21jähriger Soldat; es entstand eine Anschwellung an der Zunge, die nach 6 Stunden schwand; 6 Wochen hindurch zeigten sich an der äusseren Haut hier und da Schwellungen, die nach 6 bis 24 Stunden wieder schwanden.

Dieses Oedem kommt und geht rasch, juckt nicht und wechselt den Sitz; einmal angeschwollen gewesene Partien schwellen bei einem neuen Anfall leicht wieder an.

In complicirten Fällen beobachtet man gereizte Stimmung, Koliken, Er-

brechen, Stuhlverstopfung, gelegentlich Eiweiss im Anfangs spärlichen, später reichlichen Urin, Hämoglobinurie und anderes.

Jedes Alter, jeder Stand und beide Geschlechter werden befallen. Die Aetiologie ist meist unklar; die Ursachen des Anfalls sind oft psychische Einflüsse, wohl auch gesteigerter Alkoholgenuss, körperliche Anstrengungen, Erkältungen, Traumen.

Die Diagnose stützt sich auf das Nebeneinanderbestehen von Oedem an verschiedenen Stellen.

Die Prognose ist quoad vitam gut, nur einmal ist in Folge Larynxödems der Tod eingetreten. Manchmal macht sich eine bleibende Schlaffheit und Schwellung der betroffenen Hautpartieen bemerkbar.

Therapie: Ein Eingriff ist gewöhnlich nicht nöthig; einmal soll Chinin geholfen haben.

A. Rosenberg sah ohne nachweisbare Ursache bei einem sonst gesunden Manne plötzlich ein Oedem des linken Stimmbandes auftreten, das nach einigen Tagen schwand; Alexander an der rechten aryepiglottischen Falte; Scheinmann an beiden aryepiglottischen Falten und über den Aryknorpeln; nach Scarifikationen ging es allmählich zurück.

Schadewaldt beobachtete bei einem Arthritiker ein plötzlich eintretendes starkes Oedem der Epiglottis; zwei Tage später Schwellung des Pharynx, des Gesichts und der Hände.

Diskussion über Schadewaldt's Vortrag: Ueber das Verhältniss der linksseitigen Stimmbandlähmung zu den intrathoracischen Tumoren und Aneurysmen.

A. Rosenberg will das von Sch. aufgestellte Schema keineswegs als allgemein gültig annehmen, da auch beim Aneurysma die erste Erscheinung durchaus nicht immer die Stimmbandlähmung ist, wofür er einige Beispiele anführt.

Landgraf. Bei Aneurysma können auch ohne Recurrenslähmung asthmatische Anfälle und Glottiskrampf eintreten.

Schadewaldt will sein Schema auch nicht als Gesetz gelten lassen.

A. Rosenberg.

---

b) Londoner Laryngologische Gesellschaft.

Generalversammlung am 9. Januar 1895.

Vorsitzender: Dr. Felix Semon.

Nach Erledigung des Jahresberichts und anderer geschäftlicher Angelegenheiten wurde die Neuwahl des Vorstands vorgenommen, der für das Jahr 1895 folgendermassen zusammengesetzt ist:

Präsident: Dr. Felix Semon,
Vice-Präsidenten: Mr. E. Creswell Baber, Mr. Charters J. Symonds,
Schatzmeister: Mr. H. T. Butlin,
Bibliothekar: Dr. Clifford Beale,
Secretäre: Dr. Scanes Spicer, Mr. W. R. H. Stewart,
Beiräthe: Dr. Dundas Grant, Dr. A. Bronner, Dr. F. W. Bennett, Dr. J. W. Bond, Dr. Percy Kidd.

An die Generalversammlung schloss sich die ordentliche Monatsversammlung, über welche Folgendes zu berichten ist:

Dr. W. Hill zeigte einen Patienten mit zwei maulbeerförmigen Tumoren, die symmetrisch vom hinteren Rande des Septum abgingen, und ferner einen Patienten mit Ulceration der Nase, bei welchem die Frage, ob diese Ulceration tuberkulöser, lupöser, syphilitischer oder gemischter Natur sei, schwer zu entscheiden war. Die Ulceration war mittelst Curettements und Application von Trichloressigsäure vor zwei Jahren erfolgreich behandelt worden. Gegenwärtig hatte sich eine lupöse Infiltration der Haut über dem linken Nasenflügel entwickelt.

Dr. Alexander Hodgkinson (Manchester) zeigte ein Laryngoskop, in welchem das Glas durch Quarz ersetzt war, und rühmte die Vorzüge dieser Substitution. — Er zeigte ferner ein vergrösserndes Laryngoskop, welches aus einem planconvexen Spiegel besteht, dessen Convexität versilbert ist, während Linsen von verschiedener Focaldistanz dem Stirnreflector angefügt werden können.

Dr. Percy Kidd zeigte einen Fall von syphilitischer Kehlkopfstenose, welche theilweise durch allgemeine Verdickung, theilweise durch polypoide Auswüchse der Kehlkopfschleimhaut bedingt war. Er beabsichtigte, zuerst die Tracheotomie vorzunehmen, und sodann die Auswüchse intralaryngeal zu entfernen.

Dr. Law demonstrirte eine 62jährige Frau, welche an periodisch wiederkehrender ödematöser Schwellung des weichen Gaumens und Rachens, sowie der Haut der Arme und and anderer Theile litt. Keine Ursache irgend welcher Art konnte ermittelt werden. Die Schwellung begann als kleine, harte isolirte Klumpen unter der Haut mit starkem Reizgefühl, Röthung und Oedem traten später auf. Wenn dieses Oedem die Schleimhaut des weichen Gaumens befiel, so erfolgte beträchtliche Obstruction und manchmal anscheinend Erstickungsgefahr; die Schwellungen gingen stets schnell vorüber, zeigten aber eine Neigung ohne jegliche Prodromalsymptome an irgend welchem Theil des Körpers wieder aufzutreten. Brocq, Riehl, Unna, Crocker, Pringle und Andere hätten ähnliche Fälle berichtet, in denen die Zunge, oder die Schleimhautüberzüge des Auges, des Halses oder des Magens von diesem Leiden befallen worden waren, welches bisweilen „Quincke'sche“ Krankheit genannt würde, und Strübing habe ähnliche Zustände unter dem Namen des „angioneurotischen“ Oedems beschrieben.

Der Präsident demonstrirte die volle Serie der von Dr. Arthur Hennig (Königsberg) hergestellten Wandtafeln in Oel, welche zum laryngologischen und

rhinologischen Unterricht dienen sollen. Dieselben fanden lebhafte allgemeine Anerkennung, wenngleich im Einklang mit dem Wunsche des Künstlers dem die Versammlung ihren Dank votirte, Vorschläge hinsichtlich Zufügung und Weglassung einzelner dieser Tafeln, sowie hinsichtlich der Darstellung einiger Details gemacht wurden.

Dr. Scanes Spicer demonstrirte einen Patienten, den er wiederholt wegen Abscesses der Highmorshöhle zu operiren gehabt hatte. Nach Fehlschlagen der gewöhnlichen Methoden hatte er eine doppelte Oeffnung angelegt, d. h. sowohl in der Nase wie in der Fossa canina, und hatte das Antrum mittelst Irrigation und gründlicher Drainage von septischen Processen freigehalten.

Mr. Butlin zeigte einen Patienten, von dessen Zunge er im Jahre 1889 eine Geschwulst entfernt hatte. Leichte Anzeichen eines Recidivs waren gegenwärtig in der Zungenbasis links sichtbar. Die Geschwulst hatte aus reinem Schilddrüsengewebe bestanden.

Dr. Dundas Grant zeigte einen 30jährigen Patienten, bei dem nur während des Singens im Brustregister Heiserkeit vorhanden war, während das Kopfregister und die laryngoskopische Untersuchung beim Singen nichts Abnormes aufwies.

Dr. Wilcocks stellte einen Patienten vor, der an Fixation eines Stimmbands mit Verdickung des correspondirenden Giesbeckenknorpels litt, welche ganz plötzlich mehrere Monate nach einer schweren Verletzung aufgetreten waren, ohne dass eine unmittelbare Veranlassung ermittelt werden konnte. Dr. Bronner und Mr. Stewart gaben ihre Meinung dahin ab, dass es sich um Perichondritis und mechanische Bewegungsstörung handele.

Sitzung vom 13. Februar 1895.

Vorsitzender: Dr. Felix Semon.

Felix Semon: Tuberkulose, Carcinom oder Syphilis des Kehlkopfs?

J. H., 55 Jahre alt, klagte über Heiserkeit, leichten Husten, Trockenheit und Kratzen im Halse. Spärliche Expectoration ohne Blutbeimischung. Die Familiengeschichte ist gut. Keine syphilitische Anamnese. Gaumen und Pharynx geröthet, granuläre Pharyngitis, allgemeine beträchtliche Congestion des Kehlkopfes und Schwellung der Taschenbänder. Sechs Wochen später Ulceration an beiden Stimmbändern. Jodkalium lange Zeit gebraucht ohne Erfolg. Im Laufe der nächsten drei Monate breitete sich die Ulceration in die Interarytänoidfalte und zum hinteren Ende des rechten Taschenbands aus. In der rechten Lungenspitze vereinzelte knarrende Rasselgeräusche, dasselbe etwas stärker links. Kein Gewichtsverlust, keine Nachtschweisse, keine Haemoptyse. Das Sputum wiederholt auf Bacillen mit negativem Resultat untersucht.

In der Discussion, an der die Herren Creswell Baber, Dundas Grant, Percy Kidd, Charters Symonds und Hill theilnahmen, sprach die Majorität der Redner sich trotzdem für die tuberkulöse Natur des Leidens aus.

A. Kanthack: Demonstration von Präparaten von adenoiden Vegetationen und einer Perforation des Septums.

Dss Präparat adenoider Vegetationen wurde gezeigt, weil die Hypertrophie der Drüsen tiefer sass, als dies gewöhnlich gefunden wird.

In der Discussion über die Natur der Perforation des Septums hielten sämmtliche Sprecher (Drs. Ball, Dundas Grant, Tilley, Law und Scanes Spicer) dieselbe für ein Beispiel der sogenannten „einfachen" Perforation des Septums.

Edward Law: Ein Fall von verschiedenen pathologischen Zuständen der Nase und der Ohren.

Die Patientin zeigte allgemeinen Katarrh der oberen Luftwege, Deviation des Septums, eine papillomartige Geschwulst am vorderen Ende der linken unteren Muschel, ausgedehnte polypoide Degeneration der mittleren linken Muschel, Vergrösserung der Luschka'schen Tonsille, Perforation und Narben beider Trommelfelle.

Die Discussion bewegte sich hauptsächlich um die Frage nach der Natur der Neubildung in der Nase, hinsichtlich welcher die Meinungen ziemlich auseinander gingen, und die alte Erfahrung sich bestätigte, dass die Definition des Papilloms der Nasenhöhlen von verschiedenen Beobachtern verschieden aufgefasst wird.

Parker: Ein Fall von Kehlkopfstenose, wahrscheinlich lupöser Natur.

Das Leiden, welches augenscheinlich lupoider Natur war, bestand seit zwanzig Monaten.

Scanes Spicer: Ein Fall von Stenose der Nase durch Narbenbildung nach Geschwüren.

Die Patientin, eine Hebeamme, hatte vor zwei Jahren an „Blutvergiftung" gelitten, an welche sich Laryngitis und sodann Geschwürsbildung in der Nase anschloss.

In der Discussion stimmten die Herren Stewart, Rees, Charters Symonds und der Präsident darin überein, dass die Stenose fast sicher syphilitischer Natur sei. Während aber die meisten der Sprecher operatives Vorgehen für unräthlich hielten, meinte der Präsident, dass durch allmälige galvanocaustische Zerstörung des Narbengewebes, gefolgt von Tamponnade mit Jodoform eine Verbesserung der Stenose sich wohl erzielen lassen würde.

Mr. Charters Symonds: Lähmung des linken Stimmbands.

Die Frage in diesem Falle war die, wovon die Lähmung des Stimmbands abhinge. Der Patient gab mit Bestimmtheit an, eines Morgens mit ganz ver-

änderter Stimme aufgewacht zu sein. Weder Rheumatismus, noch Verletzung, noch Syphilis waren nachzuweisen. Schlingbeschwerden nicht vorhanden, doch kann der Patient Getränke nur in kleinen Zügen geniessen. Das linke Stimmband unbeweglich in der Medianlinie fixirt, die Stimme rauh, aber laut. Kein Anzeichen für locale Perichondritis oder Krankheit irgendwelcher Art im Thorax.

Mr. Rees hielt die Paralyse für rheumatisch, während Dr. Scanes Spicer geneigt war, sie auf ein in der Entwicklung begriffenes intrathoracisches Leiden zu beziehen.

Mr. Charters Symonds: Ein Fall von Lähmung des linken Stimmbands nach Verletzung.

Der Patient war im Anfang Januar dieses Jahres von einem Dampfelevator schwer im oberen Theil der Brust verletzt worden; soviel er weiss, war der Hals nicht getroffen. Er verlor das Bewusstsein und fand beim Erwachen, dass seine Stimme vollständig aphonisch geworden war, doch war weder Blutung, noch Schmerz, noch Dysphagie vorhanden. Für Syphilis, Phthise oder Rheumatismus waren keine Anzeichen vorhanden. Das linke Stimmband war geröthet, und stand nahe der Mittellinie, der Arytaenoidknorpel völlig unbeweglich; das rechte Stimmband normal, kein Anzeichen von äusserer Verletzung, Brust normal. Am 25. Januar war das linke Stimmband völlig in die Mittellinie gerückt und ganz unbeweglich. Im Laufe der letzten zehn Tage war etwas Dysphagie eingetreten. Der Patient sprach mit Flüsterstimme, konnte aber gelegentlich einen lauten Ton hervorbringen. Die Aphonie hielt der Vortragende für neurotisch, während er meinte, dass die Lähmung wahrscheinlich vor der Verletzung bestanden hätte.

Der Präsident war der Ansicht, dass, da das gelähmte Stimmband im Laufe der Beobachtung seine Stellung geändert hätte, die Lähmung vermuthlich eine Folge der Verletzung sei, und auf fortschreitende Contractur der Antagonisten nach ursprünglicher Erweitererlähmung zu beziehen sei; mit Bestimmtheit liesse sich das freilich nicht sagen. Die Aphonie sei jedenfalls neurotisch, da der Patient während der laryngoscopischen Untersuchung stets laut phonire.

Mr. Charters Symonds: Ein Fall von Pachydermia laryngis.

Der Vortragende demonstrirte von Neuem den Fall, der bereits zu wiederholten Malen der Gesellschaft vorgeführt worden war (vgl. Centralblatt p. 621 etc.), um die fortschreitenden Veränderungen zu zeigen. Die Schwellung war allmälig zurückgegangen, aber noch vorhanden. Das Bild war zur Zeit der Demonstration nicht rein, da der Patient sich kurz vorher einen acuten Rachen- und Kehlkopfkatarrh zugezogen hatte.

Dr. Tilley: Ein Fall von Pachydermie des Kehlkopfs.

Die Patientin war eine stark dem Biergenuss ergebene Frau, die seit vielen Jahren an Heiserkeit und gelegentlich schiessendem Schmerz in den Ohren gelitten hatte. Die Stimmbänder waren congestionirt und verdickt, theilweise mit trockenen Krusten bedeckt, ihre Auswärtsbewegung verringert; in der Inter-

arytänoidfalte eine stark ausgeprägte Verdickung mit einem deutlichen Riss durch die Schleimhaut in der Mitte.

In der Discussion lenkte der Präsident die Aufmerksamkeit darauf, dass dieser Fall vortrefflich den Störk'schen „Schleimhautriss" illustrire. Fälle dieser Art kämen häufiger in Deutschland und Oesterreich als in England zur Beobachtung. Semon.

---

c) Section für Laryngologie und Otologie der 62. Versammlung der British Medical Association.

Bristol. 31. Juli—4. August 1894.

Präsident: Dr. P. M'Bride (Edinburgh).
Sekretäre: Dr. Watson Williams (Bristol).
Dr. Milligan (Manchester).

Die Arbeiten der Section wurden durch eine Rede des Präsidenten eröffnet, in welcher derselbe einen kritischen Rückblick auf die neueren Fortschritte in der Laryngologie, Rhinologie und Otologie warf und seine eigene Stellung gegenüber verschiedenen auf diesen Gebieten sich abspielenden Tagesfragen präcisirte.

Der erste Sitzungstag war sodann einer Diskussion von rein otologischem Interesse gewidmet, welche, ebenso wie die anderen in der Section gehaltenen otologischen Vorträge und Diskussionen, nicht in den Rahmen dieses Centralblatts gehört. Wir wenden uns daher sofort zu der allgemeinen Diskussion des zweiten Tages.

2. Tag. Diskussion über die Behandlung der Diphtherie und der akuten und chronischen Kehlkopfstenose.

Wm Perry Northrup (New York): Zur Behandlung akuter Kehlkopfstenosen:

Redner rühmt die Behandlungsmethode, die jetzt vorzüglich in New York in Gebrauch ist, nämlich Calomel-Verdampfungen und die Intubation.

Bezüglich der Calomeldämpfe glaubt Redn. sich zu erinnern, dass dieselben von Dr. J. C. Corbin (Brooklyn) 1884 zuerst öffentlich empfohlen worden sind. Alle früheren Behandlungsmethoden nicht-operativer Natur brachten etwa 10 pCt. der Fälle von pseudomembranöser Laryngitis zur Heilung. Ueber die Calomel-Fumigationen liegen noch nicht ausreichende statistische Angaben vor, doch ist die Ansicht der zu einem Urtheil am meisten Berechtigten über diese Therapie eine entschieden günstige.

Von 275 Fällen von „echtem Croup", die Mc Naughton und Madden sammelten, heilten 48,7 Procent; ausser den Calomel-Sublimationen wurde in diesen Fällen kein Mittel angewandt. In derselben Weise aber wird diese medicamentöse Behandlung gerühmt für die Nachbehandlung nach dem erforder-

lichen chirurgischen Eingriff. Dr. Brown berichtet über 483 Fälle von Kehlkopfdiphtherie, die ohne Calomel-Fumigationen behandelt wurden; es heilten davon 35,4 pCt.; von 250 mit Calomel behandelten heilten 47,5 pCt. Auch die Reconvalescenz ist nach N.'s Behauptung, wenn die drohendsten Symptome überwunden sind, ohne Tracheotomie und ohne Intubation, unter sonst ganz gleichen Verhältnissen bei Anwendung des Calomels eine schnellere und glattere.

Die Methodik der Fumigationen ist folgende: Man richtet ein Zelt über dem Bett auf, wobei es hauptsächlich darauf ankommt, einen ziemlich geräumigen und dabei ziemlich dicht abgeschlossenen Raum um das Bett herzustellen. Das im Willard Parker Hospital benutzte Zelt enthält ungefähr 50 Cubikfuss Luftraum. Unter das Bett kommt entweder eine Ermold'sche Speciallampe, oder es wird ein derartiger Apparat improvisirt, indem in ein tieferes Gefäss (Saucière, Nachtgeschirr oder dergl.) eine Alkohollampe gestellt wird. Auf eine über der Flamme befindliche Platte wird das Calomel in einem dichten Häufchen aufgeschüttet. Die Fumigation kann während des Schlafes des Kindes häufig wiederholt werden. Gewöhnlich erfordert die Verflüchtigung des Calomels 10 Min. und etwa 15 Min. lang bleibt das Zelt geschlossen. O'Dwyer empfiehlt für schwere Fälle 0,9 gr Calomel 2stündlich die ersten 2 Tage und Nächte hindurch zu verflüchtigen, dann die Pausen zu verlängern, am 3. Tage alle 3 Stunden am 4. Tage 4stündlich, später nur noch 3 mal am Tage je nach den Indicationen des Falles die Fumigationen vorzunehmen. Die Wärter können durch Einathmen der Dämpfe Speichelfluss bekommen; es soll deshalb auf gründliche Lüftung des Zimmers nach Oeffnung des Zeltes geachtet werden. Das Kind jedoch erkrankt nicht an Ptyalismus, nur bei älteren Kindern kommt gelegentlich nach tagelanger Behandlung eine leichte Stomatitis vor, bisweilen auch Durchfälle.

Wichtig ist es, dass nur reines Calomel zur Verwendung gelangt.

Nach längerem Gebrauch stellt sich auch eine stärkere oder geringere Anämie ein, die mit Eisen bekämpft wird; besteht starke Abgeschlagenheit, so kann wohl vor der Fumigation der Verabreichung kleine Alkoholmengen zweckmässig sein.

Obige Regeln halten ein mittleres Maass ein. Manche Aerzte verdampfen 1,1—2,4 und selbst 3,6 gr. und machen dabei in schweren Fällen anfangs nicht längere als halbstündliche Pausen. Auch dies Verfahren ist gerechtfertigt und nicht gefährlich, jedoch stellen sich dann Symptome von Anämie und Schwäche gewöhnlich schon nach 1 oder 2 Tagen ein.

Northrup fordert die Calomel-Fumigationen nicht für alle Fälle von Diphtherie, aber er ist doch der Meinung, dass diese Therapie die schwersten Symptome oft noch in Fällen zu bessern vermag, in denen keine andere Medication, ohne operativen Eingriff, etwas vermöchte.

Die Intubation: Wenn eine progressive Dyspnoe besteht, ohne Remissionen, ein erheblicher Theil der hinteren Lungenpartie sich beim Athmen nicht mehr ausdehnt und die Kräfte des Patienten nachlassen, so ist die Intubation schnell auszuführen.

Dies geschieht am zweckmässigsten auf folgende Weise. Das Kind wird vom Kinn abwärts in ein grosses Tuch eingeschlagen, so dass Arme und Hände umschlossen sind. Die Wärterin setzt sich das Kind dann aufrecht auf den Schoss, indem sie ihre Arme um des Kindes Ellenbogen legt und dessen Beine zwischen ihren Knieen presst. Der Assistent, der hinter der Wärterin steht, fasst mit beiden Händen des Kindes Kopf, fixirt diesen und zugleich den in den Mund eingeführten Knebel. Der Operateur, der vor dem Kinde sitzt, führt dann in der von O'Dwyer so ausführlich beschriebenen Weise die Tube ein. Sobald die Tube im Larynx liegt, hört man alsbald eine rasselnde erste Respiration, der Husten und Expectoration folgen. Ein kräftiger Husten ist ein gutes Zeichen für die Sensibilität der Theile und auch für die Entleerung der Trachea nützlich. Die Tube soll erst entfernt werden, wenn wirklich alle Athemhindernisse überwunden sind.

In den Händen erfahrener Operateure hat dieses Verfahren zur Zeit des Eingriffes selbst keine Gefahr. Es sind ein paar authentische Fälle von Herabstossen der Membran mit der Tube berichtigt worden. O'Dwyer passirte dieses 10 Mal unter seinen ersten 209 Fällen. Wird die Tube dann entfernt, so wird die abgelöste Membran mit Gewalt ausgestossen und thatsächlich ist der Patient dann gefördert worden.

Die Schwierigkeiten, die auch dem erfahrenen Operateur begegnen können, sind folgende: 1. Die Tube kann in einen Kehlkopfventrikel eindringen; 2. die subglottische Stenose, das sog. subglottische Oedem. Man begegnet Fällen, in denen auch die bestgewählten Tuben am Ringknorpel anstossen und ohne weiteres zurückgleiten. Man muss dann eine kleinere Tube nehmen und mässigen Druck anwenden.

Die Symptome abgelöster Membranen sind: 1. croupöser Charakter des Hustens (bei liegender Tube); 2. ein schwappendes Geräusch; 3. das wesentlichste, eine plötzliche Verlegung des Exspirationsstroms, besonders während des Hustens. Bei Verdacht auf Vorhandensein lockerer Membranen nimmt man am besten die kurzen Tuben O'Dwyer's (Tuben für lose Membranen oder Fremdkörper). Diese Tuben sind kurz genug, um nicht die Trachealmembran nach unten zu stossen, und doch ausreichend lang, um Stenosen in der Gegend des Ringknorpels zu erreichen, und auch ausreichend weit, um den tiefer befindlichen Massen den Durchtritt zu ermöglichen. Von diesen Tuben giebt es 7 verschiedene Nummern; da sie keine obere Verdickung zur besseren Retention haben, muss man stets die grösstmögliche Stärke wählen. Diese keilt sich gewissermaassen im Larynx ein, sie darf aber auch nicht länger als ein paar Stunden liegen bleiben. Sobald die lose Membran ausgestossen ist, wird wieder eine gewöhnliche Canüle eingelegt.

Zum Schluss empfiehlt Northrup die von Casselberry eingeführte Methode der Ernährung der Kinder, nach der das Kind auf dem Schooss der Wärterin mit tiefer hängendem Kopf liegt und gewissermaassen nach oben schluckt.

Joseph O'Dwyer (New York): Die Intubation bei der Behandlung chronischer Kehlkopfstenosen.

Einleitend berichtet Redner über einige seiner früheren Fälle, die ihm zur Ausbildung seiner Behandlungsmethode für chronische Kehlkopfstenosen Anlass gaben.

Im December 1885 sah Redn. eine 40jährige verheirathete Frau, das unschuldige Opfer eines ausschweifenden Gatten, die an schwerster Dyspnoe durch laryngeale Verstopfung litt. Die Strictur des Kehlkopfs war durch ein festes Narbengewebe gebildet, eine Folge wiederholter tertiär-syphilitischer Ulcerationen. Die Oeffnung war klein, zur Unterhaltung der Athmung auf die Dauer kaum ausreichend. Die Stenose bestand seit 2 Jahren und nahm langsam zu. Von den für Stenosen bei Erwachsenen angefertigten Tuben war keine in diesem Falle einführbar. Unter Anwendung erheblicher Gewalt gelang es endlich, eine für Croupfälle bestimmte Tube durch die Enge durchzubringen. Diese blieb mehrere Tage liegen; nach ihrer Entfernung wurde unmittelbar ein stärkere Nummer eingelegt. War die Reizung des Kehlkopfs zu stark, so wurde 1 oder 2 Tage pausirt. Auf diese Weise wurde eine sehr schnelle Dilatation erzielt; nach 18 Tagen bereits konnte die Patientin nach Hause entlassen werden, da die Athemöffnung des Larynx jetzt ausreichend weit erschien. Nach $2^1/_2$ Monaten kam Pat. wieder, in fast so schlechtem Zustande, wie das erste Mal. Es wurde von neuem dieselbe Therapie durchgeführt, nach genügender Erweiterung die Pat. aber bei der Entlassung angehalten, jede Woche 1 mal zur weiteren Behandlung sich vorzustellen. Die Intervalle wurden allmählich verlängert, nur 1 mal im Monat, gelegentlich erst nach 6 Wochen wurde intubirt, ohne dass die Dyspnoe wiederkehrte. Drei Jahre nach Beginn der Behandlung hatte das Narbengewebe die Tendenz zur Contractur endgültig eingebüsst und jetzt ist Pat. seit über 5 Jahren von ihrer Stenose frei.

Sein zweiter Fall betraf eine Frau von 36 Jahren mit completem Verschluss durch syphilitische Stenose, bei der die Tracheotomie ausgeführt worden war. Es wurden zuerst die Adhäsionen zwischen den Stimmbändern und der Tracheotomiewunde durchtrennt und dann ein Intubationsrohr von 3 Zoll Länge eingeführt. Sobald die Tube aber herausgenommen oder ausgestossen wurde, fielen sofort die Stimmbänder wieder zusammen, so dass alsbald die Tracheotomiecanüle wieder eingeführt werden musste. Nun wurde ein Stück von jedem Stimmband abgetragen und noch einmal intubirt. Nach Herausnahme der Tube am Ende der 1. Woche konnte die Pat. bequem athmen. Die Tube wurde durch eine breitere ersetzt und die Pat. in dieser Weise noch Monate hindurch behandelt.

Diese beiden Fälle repräsentiren die beiden Classen von Fällen, bei denen die Intubation auszuführen ist; bei der ersten zur Beseitigung der Dyspnoe und behufs allmäliger Dilatation der Strictur; bei der zweiten, um das Tragen der Canüle entbehrlich zu machen. Bei den narbigen Stenosen der ersten Classe ist die Hauptschwierigkeit die erste Einführung einer Tube, die genügend weites Caliber besitzt, um eine freie Athmung zu gestatten. Ist dies erst einmal geschehen, dann ist die weitere Behandlung relativ leicht. Diese Patienten gewöhnen sich derart an die allmälig sich ausbildende Strictur, dass sie oft einen

geradezu extremen Grad von Stenose darbieten, wenn es endlich zu drohenden Symptomen von Dyspnoe kommt. Gewöhnlich ist es dann nicht mehr möglich auch nur eine schmale Tube durch das Narbengewebe hindurch zu zwängen, ohne dass zuvor durch interne Zerreissung oder Incision von aussen her Platz geschaffen ist. Ist aber das normale Lumen des Larynx erst einmal hergestellt oder wenigstens eine hinreichend weite Athemöffnung gesichert, dann braucht die Tube nur 1 oder 2mal wöchentlich eingelegt zu werden und 12—20 Stunden liegen zu bleiben. Die Intervalle zwischen den einzelnen Intubationen werden dann ganz allmählich gesteigert je nach den Indicationen des Falles, bis schliesslich die Narbe überhaupt nicht mehr schrumpft.

Bei der Behandlung der Fälle, in denen es auf die Entfernung der lange getragenen Canüle ankommt, bestimmen 2 Momente die Schwierigkeit des Eingriffes: 1. die Länge der Zeit, die die Canüle getragen wurde; und 2. die Vollständigkeit oder Unvollständigkeit des Verschlusses. Als Regel gilt im allgemeinen, dass je länger die Canüle getragen wurde, um so schwieriger ihre Beseitigung ist.

Von besonderen Schwierigkeiten, mit denen die Intubation zu rechnen hat, seien folgende erwähnt:

1. Der allmälig sich anbahnende Glottisverschluss in Folge der Unthätigkeit der Abductoren. Geringe Mengen täglicher Uebung der respiratorischen Function der Glottis durch einen noch so engen Raum machen die Prognose in dieser Hinsicht sehr viel besser, weil die Ernährung der Abductoren dadurch bis zu einem gewissen Grade erhalten und die vollständige Ankylose der Arygelenke verhütet wird.

2. Die Entwicklung einer Strictur am oberen Wundwinkel durch den langdauernden Reiz einer Canüle. Derartige Stricturen erfordern eine besonders lange Fortsetzung der Intubation, da sie aus reichlichem Narbengewebe gebildet sind.

3. Wenn die Läsion vollständig innerhalb des Larynx liegt, wodurch ein vollständiger Verschluss die Stimmritze sehr begünstigt wird. Diese Fälle sind am schwierigsten zu heilen; ein Beispiel dafür giebt der obige Fall II.

Metallische Tuben soll man nicht viel länger als 1 Woche ununterbrochen im Kehlkopf liegen lassen wegen der Reizung, welche die Kalkablagerungen verursachen, die sich stets in grösserer oder geringerer Ausdehnung an der Aussenfläche bilden. An vulcanisirten Tuben, die aus diesem Grunde auch vorzuziehen sind, lagern sich derartige Massen nicht ab. Bei Befolgung der einfachsten Vorsichtsmassregeln hat das Tragen einer Intubationsröhre von genügendem Caliber in uncomplicirten Fäller von chronischer Stenose thatsächlich keinerlei Gefahr. Der Patient soll angewiesen werden, die Tube bei Anhäufung von Secreten durch Husten zu reinigen. Im Beginne der Behandlung, solange noch Tuben von engem Caliber gebraucht werden, soll man den Faden immer befestigt lassen, um gegen jede Gefahr von Seiten zäher Secrete, die event. die Herausnahme der Tube unmittelbar nach der Einführung wieder nöthig machen, geschützt zu sein.

Bei der Intubation zum Zwecke der Beseitigung einer Tracheotomiecanüle muss die Trachealwunde unter allen Umständen offen gehalten werden, bis ein

ausreichender Athemraum in den natürlichen Bahnen geschaffen ist. Wird die Tube ausgehustet, so ist in der Regel die Wiedereinführung besonders bei Kindern sehr schwierig auszuführen. Die von Pitts und Brooks empfohlenen Hartgummikeile, die Redn. in einer Reihe von Fällen anwandte, scheinen ihm für diese Zwecke sehr practisch zu sein.

Blackader (Montreal) erklärt sich mit den Ausführungen Northrup's in allem einverstanden. Seine persönliche Erfahrung erstreckt sich auf 10 Fälle von Intubation; von diesen starben 4; bei 2 aber war die Operation in fast hoffnungslosem Zustand ausgeführt worden. Von 12 tracheotomirten Patienten dagegen starben 9.

Felix Semon (London) wünscht eine Aufklärung darüber zu erhalten, wie häufig die Verstopfung der Tube nach der Intubation auftritt. Er kann Bedenken in dieser Beziehung nicht verhehlen und hält den Eingriff nur dann für ungefährlich, wenn die Möglichkeit gegeben, den Pat. unter der beständigen Aufsicht eines in der Ausübung der Intubation Erfahrenen zu lassen, der im Nothfalle sofort extubirt und wieder intubirt. Weiter fragt Semon die Refer. an, ob sie in Fällen von Neubildung und bei doppelseitiger Abductorenlähmung die Intubation für zweckmässig halten; bei ersteren bestehe eine ganze Reihe von Gefahren (Ablösung und Herunterstossen eines Theiles der Geschwulst, Asphyxie, Blutung, Schluckpneumonie), bei der letzteren könne man die Intubation höchstens für den Augenblick dringender Gefahr verwerthen, während auf die Dauer damit nichts zu erreichen sei. Für gewisse Fälle von chronischen, fibrösen Stenosen schliesslich giebt Semon die Brauchbarkeit der Intubation voll zu, empfiehlt aber auch, besonders für Fälle von syphilitischer Stenose, bei denen die Stimme vollständig verloren und die Tracheotomie bereits ausgeführt ist, die Thyrotomie mit nachfolgender Excision des fibrösen Gewebes, die dem Pat. das dauernde Tragen der Tube erspart. Die einfache Nachbehandlung, wie sie von Butlin angegeben ist, gestaltet diese Operation zu einer fast gefahrlosen.

Eastes (London) sprach über den Nutzen der Serumbehandlung, die er in 4 Fällen angewandt hat. Alle 4 Pat. wurden sehr schnell geheilt, dabei jede andere Behandlung ausser der Antitoxininjection ausgesetzt. Redn. empfiehlt, das Serum, das offenbar ungefährlich ist, je nach der Dauer der Krankheit und dem Alter des Pat. in Mengen von 5—20 ccm zu injiciren. Ist nach 24 Stunden oder in schweren Fällen nach 12 Stunden noch keine Besserung zu constatiren, so wiederhole man die Injection.

W. F. Bowles (Swansea) hat bei einem 2jährigen Kinde wegen Glottisödem in Folge von Erkältung intubirt; die Tube wurde nach 2 Tagen entfernt, ohne dass eine Wiedereinführung nöthig wurde. Bei einem anderen ähnlichen Falle machte er auch den Versuch zur Intubation; es wurde aber die Epiglottis verletzt und durch die Blutung liess die Schwellung nach. Bei chronischen Kehlkopfstenosen machte er von der Intubation 5mal Gebrauch; in 4 von diesen Fällen mussten aber erst die narbigen Adhäsionen durchschnitten werden.

Pagan Lowe (Bates) empfiehlt zur Lokalbehandlung der Diphtheritis einen Spray von Alkohol.

Bennett (Leicester) spricht über die Vorzüge der von Bond (Leicester) angegebenen T-förmigen Canüle.

Burn Murdoch (Edinburgh): Ein Fall von recidivirender fibrinöser Rhinitis.

Die Pat. hatte 5 verschiedene Attaken von fibrinöser Rhinitis innerhalb eines Jahres und einen 6. Anfall $3^1/_2$ Jahre später. Die 33jährige Frau hatte sich, von Anfällen heftiger Migräne abgesehen, früher stets ganz gesund befunden. 4 Tage nach dem Beginne der ersten Attake des oben genannten Leidens waren beide Nasenseiten vollständig verstopft; es bestand ein beständiger Ausfluss von schleimig-gelatinösen Sekretmassen und die Nase war geschwollen und schmerzhaft. Am 6. Tage wurden weisse Membranen in der Nase constatirt. Die einzelnen Anfälle der Krankheit dauerten 10—14 Tage. Nach der 5. Attake wurde eine Cauterisation der Nase vorgenommen und dadurch eine merkbare Erleichterung erzielt. Die mikroskopische Untersuchung der Membranen ergab Bacillen neben einer Reihe von anderen Organismen (Färbung mit Löffler'schem Blau), bei Färbung nach Gram jedoch waren nur wenige Gruppen von Mikrokokken ohne besondere Kennzeichen zu sehen.

W. Permewan (Liverpool): Kehlkopflähmungen bei chronischen Nervenkrankheiten.

Bekannt ist, dass bei Tabes dorsalis die in der Medulla oblongata liegenden Nervenkerne sehr häufig afficirt sind; am leichtesten scheint der Vago-Accessoriuskern zu erkranken. Unter den von Burger gesammelten Tabesfällen war eine grosse Anzahl der Patienten entweder gleichzeitig oder in der Folge an progressiver Paralyse erkrankt. Dass zwischen dieser und der Tabes sehr enge Beziehungen obwalten, wird von Neurologen jetzt allgemein anerkannt. Beider Krankheiten hauptsächlichste Aetiologie ist die Syphilis. Redn. untersuchte 34 Fälle von progressiver Paralyse; von diesen befanden sich 9 im ersten Stadium der Erkrankung, 22 in verschiedenen Perioden des zweiten Stadiums und 3 endlich ausgesprochener Weise im dritten Stadium. Bei einigen war der Charakter der Stimme verändert, theils war die Stimme hoch und monoton, theils tief, bei anderen war derselbe völlig normal geblieben.

Was die Sensibilität des Rachens und Kehlkopfes anlangt, so war dieselbe in der Regel in den Frühstadien normal, im zweiten und dritten Stadium dagegen gewöhnlich deutlich herabgesetzt. Bei zwei Fällen bestand eine Hyperästhesie der Rachenschleimhaut.

Gaumenlähmung wurde nur 2mal notirt, 1mal bei normalem Kehlkopfbefund und 1mal neben doppelseitiger Abductorenlähmung der Stimmbänder.

Kehlkopflähmungen fanden sich in 7 von den 34 Fällen; in allen 7, mit 1 Ausnahme, war die Paralyse oder Parese auf die Abductoren beschränkt.

Redn. schliesst aus seinen Beobachtungen, dass bei der progressiven Paralyse geradeso wie bei der Tabes die Kerne und vielleicht auch die Stämme des Vago-Accessorius zu degenerativen Veränderungen neigen und dass diese Erkrankung nicht so selten mit einer Lähmung der Kehlkopfmuskeln sich complicirt; und zwar

ist dies nicht nur bei der tabetischen progressiven Paralyse der Fall, sondern auch bei der ohne atactische Symptome verlaufenden. Redn. stellt folgende Schlusssätze auf:

1. Der Kehlkopf ist häufig bei der progressiven Paralyse der Irren mitafficirt.

2. Dabei sind zuerst und hauptsächlich die Abductoren der Stimmbänder befallen.

3. Diese Betheiligung des Kehlkopfes hängt nicht nothwendigerweise mit einer complicirenden Tabes zusammen, sondern ist die directe Folge der bei der progressiven Paralyse sich abspielenden degenerativen und entzündlichen Processe des Centralnervensystems.

Der Vortrag. untersuchte weiterhin 2 Fälle von multipler Sklerose; bei beiden waren die motorischen Functionen des Kehlkopfes völlig intact. In einem Falle von Bulbärparalyse konnte er die Abductorenlähmung von ihrem Anfang an beobachten; dieselbe wurde allmählich vollständig und später gesellte sich auch Lähmung der Adductoren hinzu.

Seanes Spicer (London). Eine practische Methode zur Untersuchung des Kehlkopfes und zur Entfernung laryngealer Geschwülste bei kleinen, nervösen und unbändigen Kindern.

Die grossen Schwierigkeiten, denen die Untersuchung des Kehlkopfes und besonders die Vornahme eines operativen Eingriffes in demselben bei Kindern stets begegnen, führten Redn. zu folgender Methode. Das Kind wird chloroformirt und Rachen und Larynx gründlich mit 10proc. Cocainlösung cocainisirt. 5 Assistenten sind dann nothwendig. No. 1 unterhält eine leichte Chloroformnarkose während der ganzen Dauer des Eingriffs; No. 2 hält das Kind in aufrecht sitzender Stellung auf dem Schoosse; No. 3 steht dahinter und hält den Kopf des Kindes in zweckmässiger Lage; No. 4, der hinten und rechts steht, hält den Mundsperrer; No. 5 die Zunge mittelst einer geeigneten Zange. Auf diese Weise ist Vortr. in allen Fällen zum Ziele gekommen.

Wyatt Wingrave (London): Varix der Nasenmuschel.

Unter Varix turbinalis versteht W. eine besondere Form der Hypertrophie, welche die hintere Hälfte der unteren Nasenmuschel betrifft und sich als dauernde Ausdehnung der venösen Sinus charakterisirt. Eine Classification der verschiedenen Formen von hypertrophischer Rhinitis lässt sich entsprechend der vorherrschenden pathologischen Veränderungen etwa so durchführen:

1. vasculäre,
2. mucoide,
3. lymphoide,
4. glanduläre Hypertrophie.

Normaler Weise ist die vordere Hälfte oder $^2/_3$ der unteren Nasenmuschel vollständig glatt, der hintere Theil aber und der untere Rand erscheint rauh, geschwollen und runzlig. Die vorderen Partien sind hauptsächlich charakterisirt durch das Vorhandensein drüsiger und lymphoider Gewebe, der hintere Abschnitt

dagegen ist reicher an cavernösen Gefässräumen, die mit epithelioiden Zellen ausgekleidet sind. Um diese Räume herum fand der Vortr. mehrere Schichten von Muskelfasern, die in circulärer, longitudinaler und querer Richtung angeordnet sind.

Für die Entstehung des Leidens spielen verschiedene unhygienische Verhältnisse, z. B. lange fortgesetzter Aufenthalt in entweder zu trockener oder zu feuchter Atmosphäre, welcher einen chronischen Reizzustand unterhält, eine grosse Rolle. Auch hereditäre Verhältnisse sind von ätiologischer Bedeutung, besonders wenn sie mit einem nervösen aufgeregten Temperament zusammentreffen. Männer sind häufiger befallen als Frauen; das Verhältniss ist 5 : 3. Das Leiden ist vor der Pubertät selten, in allen späteren Altern aber ziemlich gleichmässig verbreitet. Das Zusammentreffen mit adenoiden Vegetationen ist ein ungewöhnliches Vorkommniss. Der allerwesentlichste Factor für das Zustandekommen des turbinalen Varix ist das Bestehen einer nasalen Stonose bei gleichzeitiger Prädisposition zu Varixbildungen und zu mucoider Degeneration. Hauptsymptome des Leidens sind einmal die Nasenstenose, dann ein heller sanguinolenter Ausfluss, der gewöhnlich beim Aufwachen des Morgens besonders reichlich ist, und gelegentlich ein schmerzhafter Tenesmus der Schlund- und Rachenmuskulatur oder Parese des Gaumensegels. Die Diagnose wird entweder durch die rhinoskopische Untersuchung oder mittelst Digitalexploration gemacht. Was die Therapie anlangt, so verweist W. vor allem auf chirurgische Eingriffe. Jede Ursache vorderer nasaler Stenose muss, wenn irgend möglich, beseitigt werden. Die Galvano-Punctur hat bisweilen Erfolg. Die Entfernung der hypertrophischen Massen selbst kann mittelst der Schlinge von Krause, Jarvis oder Wilkins stattfinden; oder man bedient sich des Carmalt-Jones'schen Zugmessers. Die Blutung ist gewöhnlich reichlich, selten jedoch gefährlich. Vor septischen Complicationen hat man sich durch die Befolgung der gewöhnlichen antiseptischen Vorsichtsmaassregeln zu schützen. Auch an secundäre Blutungen ist stets zu denken, gegebenen Falls energisch gegen dieselben vorzugehen.

P. Mc. Bride: Ueber Coryza caseosa.

Der erste Fall betrifft einen Mann von 73 Jahren, der mit der Klage kam, dass ihm etwas in der rechten Nase stecke. Die Untersuchung liess von vorn eine warzenartige Masse in der rechten Nase erkennen, die von eingetrocknetem Eiter umgeben war. Bei der Untersuchung von hinten fand man die rechte Choane von einer entzündlich gerötheten Masse verlegt, auf der hier und da Eiter sass. Die mikroskopische Untersuchung eines abgetragenen Theils dieser Masse ergab, dass es sich um einen entzündlichen, nicht, wie vermuthet worden war, um einen malignen Tumor handelte. Es wurde daraufhin soviel, als irgend möglich, von der Geschwulst, deren Consistenz eine festweiche war, mit der Schlinge abgetragen. Unter einer Nachbehandlung mit dem Borax-spray trat vollständige Heilung ein.

Der zweite Fall betrifft eine 36jährige Frau; dieselbe klagte über 1) Schmerz in der linken Nasenseite, 2) Schwellung der linken Gesichtsseite, besonders unter dem Auge sichtbar, und der linken Seite der Nase, 3. Kopfschmerz in Stirn und

Hinterhaupt, 4. Ausfluss von Pus aus der linken Nase, besonders beim Liegen, 5. Thränen des linken Auges. Bei der Untersuchung sah man eine röthliche Masse in der linken Nasenhälfte. Nach deren Entfernung kamen graulich-gelbe, käseartige Massen von fäcalem Geruch zum Vorschein. Mikroskopisch bestanden diese aus Zelltrümmern, zerfallenen Eiterkörperchen und enormen Massen verschiedenartiger Bakterien. Ganz ähnliche Massen fanden sich hinten in der Choane. Die zuerst entfernte Geschwulst ergab sich als ein Myxom oder richtiger Fibromyxom.

Redn. berichtet noch über einen dritten Fall, der wahrscheinlich auch als Coryza caseosa anzusprechen ist und geht darauf des Näheren auf die Literatur dieser Krankheit ein.

Watson Williams (London): Einige Typhusfälle von besonders virulentem Typus mit Infection durch die Athemwege.

Der erste Fall bot bei der Aufnahme die deutlichen Symptome eines Typhus seit etwa einer Woche. Bald danach stellten sich die Erscheinungen einer acuten Laryngitis ein mit einem gewissen Grade von Glottisstenose, und es erfolgte der Exitus durch plötzliche Herzschwäche. Die Section ergab die typischen Erscheinungen des Typhus, ausserdem Oedem der Epiglottis und der Plicae aryepiglotticae und Ulcerationen an den Taschenbändern. Das rechte Stimmband zeigte ein Ulcus am Processus vocalis, um dasselbe bestand eine congestionirte Zone.

Zwei andere Kinder, Geschwister des eben beschriebenen Patienten, erkrankten in ähnlicher Weise, jedoch mit milderem Krankheitsverlauf.

Der vierte Fall betrifft die Pflegerin des ersten Kindes; auch dieser Fall endete schnell letal.

Fall 5 betrifft einen 35jährigen Mann, der wegen Aneurysma in das Krankenhaus aufgenommen war. Derselbe acquirirte daselbst einen Typhus mit schweren Kehlkopferscheinungen und starb. Bei der Section fanden sich ausser den typhösen Erscheinungen im Darm oberflächliche Ulcerationen im Larynx, die die hinteren zwei Drittel der Stimmbänder und die Vorderfläche der Aryknorpel einnahmen. Agarculturen, die von den ulcerirten Partien angelegt wurden, ergaben zahlreiche Culturen von Typhusbacillen. Der Redner folgert hieraus die typhöse Natur der Kehlkopfgeschwüre und die Uebertragung der Krankheit durch die Luftwege.

Discussion über die Diagnose und Behandlung der Empyeme der Nasennebenhöhlen.

Greville Macdonald (London) ist der Ansicht, dass viele der schwersten Fälle mit einer eitrigen Entzündung einer oder mehrerer Siebbeinzellen während eines Anfalls von allgemeiner Rhinitis oder unabhängig von einer solchen beginnen. Zelle auf Zelle wird inficirt, während gleichzeitig von dem ulcerirenden Knochen aus Granulationsgewebe emporwuchert. Durch die Ausdehnung der Erkrankung kann die Schleimhaut der Kieferhöhle afficirt werden. Die sogenannten Polypen, die so oft dabei zur Beobachtung kommen, sind nichts Anderes, als

Massen organisirten Granulationsgewebes, die in grösserer oder geringerer Ausdehnung mit einer Epitheldecke sich überkleidet haben. In solchen Fällen erfordert die Prognose grosse Vorsicht, weil die Ausdehnung der Krankheit schwer zu beurtheilen ist. In allen Fällen, in denen Redner auf Erkrankung der Stirnhöhle Verdacht hatte, bestand gleichzeitig Eiterung sowohl des Sinus ethmoidalis wie des Antrum. Bei der Behandlung dieser Affectionen sind die gebräuchlichen chirurgischen Principien zu beobachten. Alle Polypen und Granulationsmassen müssen entfernt werden, weil sie den freien Abfluss des Eiters hindern, und aus demselben Grunde kann es nöthig werden, einen Theil der mittleren Muschel abzutragen. Redner zieht die Anwendung chemischer Caustica dem Gebrauch des Galvanokauters vor. Er fand eine 25 procentige Lösung von Wasserstoffsuperoxyd sehr brauchbar. Wenn man den Kopf des Patienten weit hintenüber beugt, so gelingt es, die ganze Nasenhöhle mit der Flüssigkeit zu erfüllen. Auf diese Weise irrigirt er die Lösung in die Nasenhöhlen und wäscht die zurückgehaltenen Sekrete gründlich aus. Während der ganzen Dauer der Behandlung hält er die Patienten unter sorgsamer Beobachtung, damit eventuell neuauftretende peinliche Symptome möglichst bald zur Kenntniss gelangen.

Charters J. Symonds (London) erklärt, dass es in manchen Fällen so schwer zu sagen ist, wo der Eiter eigentlich herkommt, dass die Exploration des Antrum ein ganz selbstverständlicher Theil der Untersuchung zu Zwecken der Diagnose werden sollte.

Bei der Diagnose der Highmorshöhleneiterung ist die Durchleuchtung manchmal von Nutzen besonders bei Weibern. Ist ein deutlicher Schatten da, so ist dies Moment positiv zu verwerthen; besteht keine oder nur eine zweifelhafte Differenz, so ist doch noch die Exploration zu versuchen. In Fällen von Stirnhöhleneiterung fand Redner weniger Eiter im hinteren Theil des mittleren Nasengangs und auch nicht die „gelatinöse“ Veränderung der mittleren Muschel, die er bei Siebbeinzellenerkrankung häufig constatirt hat. In einem zweifelhaften Falle soll die Stirnhöhle explorirt werden; die Eröffnung derselben kann ohne Gefahr am inneren Augenwinkel vorgenommen werden. Die Eiterung der Siebbeinzellen hält S. für sehr viel häufiger als die Stirnhöhleneiterung; in der Regel ist dieselbe mit Vorhandensein von Polypen complicirt. Redner empfiehlt die Eröffnung auch der Siebbeinzellen von aussen; er glaubt dass dieselbe ohne Beschädigung des Auges ausgeführt werden kann. Vor zu energischer Behandlung, die leicht schädlich werden kann, besonders vor dem unbeschränkten Gebrauch des Galvanokauters warnt S.

Scanes Spicer (Londer): Die chirurgische Behandlung des chronisches Empyems der Kieferhöhle.

Nachdem die Diagnose hergestellt ist, wird der Patient narkotisirt; dann wird in der Fossa canina ein Kreuzschnitt angelegt und die Lappen zurückpräparirt. Mit Hammer und Meissel wird nun eine weite Oeffnung zur Highmorshöhle gebrochen und dabei der Knochen sorgfältig bis zum Boden des Antrum herabgeschlagen und ein Abfluss zum Alveolus hergestellt. Das Innere des Antrum wird mit dem Finger abgetastet und alles weiche Granulationsgewebe mit

der Curette entfernt. Während der Finger in dem Antrum als Leiter dient, wird dann mit dem Krause'schen Trocart von dem unteren Nasengang aus die Innenwand das Antrum ein oder zwei Mal breit perforirt. Das Antrum wird für 48 Stunden mit Creolingaze tamponirt. Später werden mit der Higginson-schen Spritze Irrigationen der Kieferhöhle vorgenommen und der Patient angehalten, Luft durch das Antrum vom Munde und von der Nase aus abwechselnd durchzublasen, auch vom Munde aus antiseptische Mundwässer durchzuspülen. Mit der Abnahme des Sekretes verkleinert sich die Oeffnung, die sich aber selten ganz schliesst. Als Vorzug dieser Methode rühmt Redner die Abkürzung der Behandlungsdauer.

Milligan (Manchester) ist gewöhnt in allen auf Highmorshöhlenerkrankung verdächtigen Fällen mit der Voltolini'schen Lampe vom Munde aus zu durchleuchten. Er hatte in manchen Fällen den Eindruck, als ob die Verdunkelung nicht sowohl durch die Anwesenheit erheblicher Eitermengen im Antrum, als vielmehr durch das Vorhandensein einer dicken Abscessmembran verursacht sei. Auch gebrauchte er regelmässig zu bloss diagnostischen Zwecken den Lichtwitz'schen Trocart. In allen Fällen, in denen die Antrumaffection secundär auf Erkrankung der Zähne folgt, hält er die Perforation des Alveolus für nothwendig und sehr wesentlich erscheint es ihm in jedem Falle, dass die gemachte Oeffnung sehr weit ist und dass sie bis zu dem tiefstgelegenen Theile des Sinus reicht. Bei Behandlung der Siebbeinzelleiterungen hat er die Zellen sowohl von der Nase her, wie von aussen eröffnet. Erforderlich ist ausgiebiges Curettement und Einreissung aller hemmenden und erkrankten Septa, so dass freier Abfluss von allen Stellen aus besteht.

W. Hill (London) bespricht 3 Fälle, in denen er die Kieferhöhle in der von Scanes Spicer angegebenen Weise eröffnet hat.

B. Cross (Bristol) räth bei Erkrankung der Siebbeinhöhle und drohendem Durchbruch nach der Orbita ohne Zögern am oberen Augenlid zu incidiren und, wenn nöthig, auch am unteren Lid zu spalten, um die Siebbeinzellen ausgiebig zu eröffnen.

H. Knapp (New York) bespricht die differentielle Diagnose zwischen dem Empyem der Nasennebenhöhlen, der Exostose und dem Sarcom derselben. Die Diagnose geschieht durch die Punction oder bereits durch den ersten Schritt der Operation, die Incision. Es ist selbst auf dem Leichentisch nicht immer leicht zu entscheiden, ob ein Empyem vorliegt mit alten verhärteten speckigen Granulationen oder ein ursprüngliches Sarcom mit Corrosion der Wände und secundärer Eiterung.

Dundas Grant (London) legt grossen Werth auf die Durchleuchtung. Zur weiteren Exploration benutzt er den Lichtwitz'schen Trocart. In Fällen, in denen eine Zahnerkrankung nicht vorliegt, hält er die Extraction eines Zahnes nicht für richtig und versucht, von der Nase aus einzugehen. Die Erkrankung der Siebbeinzellen hält er in den meisten Fällen für diagnosticirbar; wenn Eiter zwischen der mittleren Muschel und dem Septum hervortritt, vermuthet eine solche

und führt eine besonders lange Canüle durch die natürliche Oeffnung in den Sinus ethmoidalis ein, um die Irrigation anzuschliessen. Wenn das hintere Ende der mittleren Muschel den Eingang zur Keilbeinhöhle verschliesst, muss die hypertrophische Partie abgetragen werden. Manche Fälle von Erkrankung beider Sinus ethmoidales verursachen erhebliche Störungen und werden leicht zur Ursache von atrophischer Rhinitis.

P. Watson Williams (Bristol).
W. Milligan (Manchester).
Secretäre der Section.

III. Briefkasten.

Das Wilhelm Meyer-Monument.

Wir sind heute in der erfreulichen Lage, unseren Lesern folgende Mittheilungen über die Schritte zu machen, welche behufs Verwirklichung der in der Julinummer des Centralblatts angeregten Idee getroffen worden sind:

1. Dänemark. Die Municipalität von Kopenhagen hat sich bereit erklärt, der zu errichtenden Bildsäule Wilhelm Meyer's einen angemessenen Platz zu bewilligen. Ein Comité, bestehend aus den Herren: Dr. E. Schmiegelow (Vorsitzender), Dr. Holger Mygind (Schatzmeister), Dr. Joh. C. Andersen, Dr. Oscar Bloch, Prof. Chr. Gram, Prof. Alex. Haslund, Prof. H. Hirschsprung, Dr. Victor Lange, Dr. Chr. Petersen, Prof. C. J. Salomonsen hat einen Aufruf zur Zeichnung von Beiträgen für die Bildsäule erlassen, der von den medicinischen wie von den hervorragendsten politischen Zeitungen Dänemarks warm begrüsst und ihren Lesern in redactionellen Artikeln empfohlen worden ist.

2. Grossbritannien. Ihre Königliche Hoheit, die Frau Prinzessin von Wales hat das Patronat über die Bewegung in Grossbritannien übernommen und ihrer Freude Ausdruck verliehen, dass ihrem grossen Landsmann eine solche Ehre zu Theil werden soll.

Das britische Comité besteht aus den Herren: Dr. Felix Semon (Vorsitzender), A. E. Cumberbatch, F. R. C. S. (Schatzmeister), Dr. Cresswell Baber (Brighton) und C. A. Ballance, F. R. C. S, (London) (Secretäre), Sir J. Russell Reynolds, Baronet (Präsident des Royal College of Physicians), Christopher Heath, F. R. C. S. (Präsident des Royal College of Surgeons), Dr. Thomas Barr (Glasgow), Henry T. Butlin, F. R. C. S. (London), Dr. W. B. Cheadle (London), Sir William B. Dalby, F. R. C. S. (London), George P. Field, M. R. C. S. (London), Dr. C. E. Fitzgerald (Dublin). Dr. Dundas Grant (London), Dr. F. de Havilland Hall (London), Dr. P. M'Bride (Edinburgh), Dr. Greville Mac Donald (London), Dr. Urban Pritchard (London), Dr. Eustace Smith (London), Sir Philip Smyly (Dublin), Dr. W. M'Neil Whistler (London), Dr. Watson Williams (Bristol). Der von ihm in den medicinischen und politischen Blättern Londons erlassene Aufruf hat bereits die Zeichnung einer stattlichen Anzahl von Beiträgen zur Folge gehabt.

3. Für Deutschland hat Geh. Rath Prof. B. Fränkel (Präsident der Berliner laryngologischen Gesellschaft) die Angelegenheit in die Hand genommen.

4. In Frankreich ist Dr. E. J. Moure (Präsident der Société française de laryngologie et d'otologie) beschäftigt, ein Comité zu bilden.

5. In Italien wird Prof. Vittorio Grazzi (Präsident der Società italiana di otologia è laringologia) die Gelegenheit des bevorstehenden internationalen otologischen Congresses benutzen, um ein italienisches Comité zu constituiren.

6. In Nordamerika wird Dr. Daly (Präsident der American Laryngological Association) in Gemeinschaft mit hervorragenden amerikanischen Otologen und Kinderärzten die Leitung der Bewegung übernehmen.

7. In Holland hat der Vorstand der niederländischen Gesellschaft für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunne Prof. Guye, Prof.

Doyer und Dr. Burger sich als nationales Subcomité constituirt und bereits einen Aufruf erlassen.

8. In Polen wird Dr. v. Sokolowski der Angelegenheit förderlich sein.

9. In Ungarn wird Prof. v. Navratil (Präsident der ungarischen laryngologischen Gesellschaft in Bälde die nöthigen Schritte zur Förderung des Planes thun.

Für Belgien, Norwegen, Oesterreich, Russland, Schweden, die Schweiz und Spanien sind noch keine definitiven Einrichtungen getroffen, resp. Zusagen gegeben, doch hoffen wir, dass auch in diesen Ländern in Kürze Organisationen zur Verwirklichung des Planes ins Leben treten werden.

Es ist also auf der ganzen Linie ein vielversprechender Anfang gemacht. Wenn sich nun jeder Laryngolog und Otolog erinnert, wie grossen Dank nicht nur die Wissenschaft, sondern jeder von uns persönlich dem Heimgegangenen schuldet, wenn jeder Angehörige dieser Specialitäten selbst nach besten Kräften zu dem Denkmal beisteuert und für Beiträge zu demselben unter denjenigen seiner Patienten wirbt, die der Entdeckung Wilhelm Meyer's die Erhaltung ihrer Gesundheit und ihres Gehörs schulden — dann kann uns der Erfolg nicht fehlen!

Das Centralblatt veranstaltet natürlich keine eigene Sammlung, um nicht mit den Bestrebungen der nationalen Comités in Conflict zu gerathen. Wenn aber Leser in solchen Ländern, in welchen keine Comités organisirt werden, den Wunsch fühlen sollten, zu dem Denkmal beizutragen, resp. für dasselbe zu sammeln, und die Ergebnisse dem Herausgeber einzusenden, so ist derselbe gern bereit, solche Sendungen in Empfang zu nehmen, über dieselben zu quittiren und das Resultat seinerzeit dem schliesslich zu begründenden Centralcomité zu übermitteln. Adresse: Prof. Dr. F. Semon, 39 Wimpole Street. W. London.

Gedruckt bei L. Schumacher in Berlin.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XI. Berlin, October. 1895. No. 16.

I. Referate.

a. Allgemeines, Medicamente etc.

1) **Jonathan Wright. Ein paar kritische Bemerkungen zur neueren laryngologischen und rhinologischen Literatur. (Some critical and desultory remarks on recent laryngological and rhinological literature.)** *N. Y. Medical Journal. 16. März 1895.*

Der vorliegende Artikel ist die dritte Folge in der Reihe von interessanten und gut geschriebenen kritischen Aufsätzen, in denen der Verfasser seine Anschauungen über die neueren Erscheinungen der laryngo-rhinologischen Literatur niederlegt. W. zeigt sich als ein eifriger und kritischer Leser der in- und ausländischen Literatur, sein Urtheil ist bisweilen streng, stets aber von Werth. Zur Besprechung ausgewählt sind nur die wichtigsten und interessantesten Arbeiten.

LEFFERTS.

2) **Onodi. Rhino-laryngologische Mittheilungen.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. etc. No. 3. 1895.*

O. beobachtete mehrere seltene Fälle; so ein Fibrosarcom am Zungengrunde eines 17jährigen Mädchens, ein Lipom der Tonsille, das gestielt als blaugelbe Geschwulst der Mandel aufsass; ferner einen Fall von Argyrie, verursacht durch Selbstbehandlung des Rachens mit Lapis in Substanz und in starker Lösung, ferner ein Sarcom der Nasenhöhle, das trotz Radicalexstirpation letal endete, eine Recurrenslähmung in Folge eines Aneurysma im Winkel zwischen rechter A. subclavia und Carotis communis. Ferner beobachtete O. eine isolirte Paralyse des linken Musc. crico-arytaen. lateralis in Folge von Influenza, welche mit starker Schwellung der Kehlkopfweichtheile begonnen hatte.

SCHECH.

3) **N. S. Roberts. Ein paar Cave's für Otologen und Rhinologen, oder was man bei Ohr- und Halsaffectionen zu unterlassen hat. (A few otological and rhinological hints; or what not to do in ear and throat conditions.)** *N. Y. Med. Record. 1. Juni 1895.*

Nichts Neues.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

4) **L. Waldstein. Beobachtungen an Leucocyten sowie über einige therapeutische Versuche mit Pilocarpin bei der (Diphtherie?) Streptokokken-Angina, Lymphdrüsen-Erkrankungen, Tuberculose und Lupus.** *Berliner klin. Wochenschrift. 1895. No. 17, 18.*

Nichts von Interesse für die Laryngologie. Es handelt sich um Gesichtspunkte, die noch sehr viel Dunkles enthalten. LANDGRAF.

5) **G. Martyn. Ein Fall von Urticaria und Asthma nach Muschelvergiftung. (A case of urticarial asthma the result of mussel poisoning.)** *British Med. Journal. 8. Juni 1895.*

Die Frau von 43 Jahren bekam die Dyspnoe eine Stunde nachdem sie die Muscheln gegessen. Nach 3 Stunden Besserung. ADOLPH BRONNER.

6) **W. Robertson. Der Gebrauch von Cocain, um während des Chloroformirens respiratorische Störungen zu vermeiden. (The use of cocaine to prevent respiratory disturbances during chloroformisation.)** *British Medical Journal. 5. Januar 1895.*

Verfasser pinselt Mandeln und adenoide Vegetationen mit 2proc. Cocaïn ein (wie oft?), ehe er dieselben entfernt, und findet, dass 50 pCt. (?) weniger Blutverlust eintritt. Er macht auf die Arbeit von Rosenberg aufmerksam (Medical Week, 24. November 1894), nach welcher der Blutdruck während der Chloroformnarkose deshalb höher sein soll, weil das Chloroform die Nase reizt.

ADOLPH BRONNER.

7) **W. M. Capp. Insufflation von Natriumchlorid in die Nasenhöhle zur Linderung von Schmerzen. (Insufflation of sodium chlorid into the nasal cavity for relief of pain.)** *Philad. Med. News. 15. Juni 1895.*

Verf. erzielte Erfolge mit dieser Methode bei Gesichtsschmerzen in Folge von Zahnerkrankung, bei Kopfweh ohne Rücksicht auf die Ursache, bei Furunkel des äusseren Gehörganges und bei Augenschmerzen nach Ueberanstrengung.

Es wurden jedesmal 0,12 bis 0,24 g feingestossenes Tafelsalz in den Glasinsufflator gebracht und in die Nasenhöhle eingeblasen, und zwar in dem Augenblicke, wo der Patient eben tief ausgeathmet hatte.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

8) **Hedderich. Ein neues Hämostaticum Ferripyrin.** *Münchn. med. Wochenschr. No. 1. 1895.*

Auf der Jurasz'schen Klinik wurden mit dem von Apotheker Witkowsky in Frankfurt hergestellten Ferripyrin eingehende Versuche angestellt, welche ergaben, dass dasselbe ein nichtätzendes Hämostaticum für die Nase ist. Das orangerothe Pulver löst sich leicht in Wasser und kommt hauptsächlich in 18- bis 20proc. wässeriger Lösung zur Verwendung. Innerlich giebt man Erwachsenen 0,5 mit Elaeosacch. Menth.; gegen Tripper wären 1—$1^1/_2$proc. Lösungen zu versuchen. SCHECH.

9) **J. Sasse** (Zaandam). **Ueber Terpentinöl als Hämostaticum.** *Therapeut. Monatsh. 1895. Februar.*

Bei Nachblutungen nach Zahnextractionen leistete es ausgezeichnete Dienste; ebenso in einem Falle von Scorbut, in dem das Zahnfleisch stündlich mit Ol. Terebinth. rectificat. gepinselt wurde. A. ROSENBERG.

10) **Naegeli-Ackerblom** (Rüthi, St. Gallen). **Ueber Terpentinöl als Hämostaticum.** *Therap. Monatsh. 1895. März.*

Das von Sasse empfohlene Mittel hat N. bei einer nach Zahnextraction folgenden Blutung im Stiche gelassen. A. ROSENBERG.

11) **Wroblewski** (Warschau). **Ueber die Anwendung von Jodtinctur bei Nasen- und Rachenkrankheiten.** *Therap. Monatsh. 1895. März.*

Bei Rhinitis atrophica bekommt die Schleimhaut der Nase nach der Application der Jodtinctur ein mehr normales Colorit, wird feuchter und succulenter; bei Ozaena liess sich ausnahmslos eine evidente Besserung erzielen; im Nasenrachen empfiehlt sich das Medicament bei Wundinfection in dieser Region, trockenem Catarrh und Blutung; im Rachen ist es indicirt bei trockenen und allen chronischen Catarrhen. Ferner verwendet es W. mit Erfolg bei Leptothrix buccalis pharyngis et linguae.

Schliesslich ist es W. „ein fast unersetzliches Mittel bei der Behandlung der späteren Stadien mancher Form von Eiterung des Antrum Highmori."

A. ROSENBERG.

12) **Lieven. Untersuchungen über das Tetrajodphenolphthalein (Nosophen).** *Münchner med. Wochenschr. No. 22. 1895.*

Empfehlung des Nosophens als eines Mittels von beträchtlicher antiseptischer Wirkung, gestützt auf bacteriologische Untersuchungen. SCHECH.

13) **Seifert** (Würzburg). **Ueber Nosophen.** *Wiener klin. Wochenschrift. 1895. No. 12.*

Das N. (Tetrajodphenolphtalein) ist schwer löslich, fein zerstäubbar, geruchlos und baktericid, giebt im Organismus kein Jod ab und ist völlig ungiftig. Es eignet sich besonders zur Nachbehandlung nach Aetzungen mit Chromsäure und Trichloressigsäure; es vermindert die Secretion, wirkt austrocknend, namentlich bei Rhinitis acuta; in einem Falle bewirkte es rasche Abstossung einer diphtherischen Membran. Bei Kehlkopf- und Rachenleiden kam es kaum in Anwendung. Endlich gebrauchte S. das Nosophen bei Balanoposthitis und bei Ulcus molle mit gutem Erfolge. CHIARI.

14) **N. Simanowski** (Petersburg). **Das Para- und Ortho-Chlorphenol als Heilmittel bei Tuberculose und anderen Erkrankungen der oberen Luftwege. (O lelebnom snatschenii Para- i Ortho-Chlorphonolow pri bugortschatich i drugich sabolewaniich werchnich dihatelnich putei.)** *Wratsch. 1894. No. 8.*

Beide Mittel, die in Alcohol, Aether und Glycerin leicht löslich sind, wurden

in Lösungen von 5—20 pCt. angewandt. Die meisten Patienten vertrugen sie sehr gut, nur sehr empfindliche Patienten mussten vorher cocainisirt werden. Die Resultate lassen sich in folgenden Sätzen zusammenfassen:

Das Para- und Ortho-Chlorphenol entwickeln, verglichen mit Jodoform, Milchsäure etc., sehr schnell eine heilende Wirkung bei tuberculösen Geschwüren der oberen Luftwege. Bei der Anwendung derselben schwinden schnell die tuberculösen Infiltrationen.

Das Einreiben von 5—20proc. Lösungen, sowie das Einspritzen derselben in das Gewebe rufen keine unangenehmen Nebenwirkungen hervor.

Die gewöhnlichen Hypertrophieen und Hyperplasieen der Schleimhäute schwinden unter dem Gebrauche dieser Mittel schnell dahin. Die 6 klinischen Beobachtungen erlauben den Schluss, dass diese Mittel in das Gewebe selbst eindringen. Schwache Lösungen dieser Mittel wurden zum Durchspülen der Highmors-Höhle und des Mittelohrs benutzt und gleichfalls mit Erfolg. Unter Anwendung dieses Mittels hat Verfasser im Verlaufe von 4 Monaten eine Reihe Heilungen der Localtuberculose beobachtet; bei den anderen Patienten trat eine entschiedene Besserung ein. S. giebt dem Para- und Ortho-Chlorphenol bei Behandlung der Tuberculose der oberen Luftwege den Vorzug vor allen anderen Mitteln.

LUNIN.

b. Nase und Nasenrachenraum.

15) **Gradle. Der Nutzen nasaler Behandlung bei Ohrerkrankungen. (The benefit to ear patients from nasal treatment)** *N. Y. Med. Record. 15. Juni 1895.*

Die Behandlung nasaler Affectionen, besonders eines bestehenden Retronasalcatarrhs, ist bei allen Ohrenleiden wichtig, nicht sowohl der Heilung der Ohraffection wegen, die auch ohnedies zumeist gelingt, als vielmehr zur Verhütung von Recidiven.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

16) **P. L. Anderson. Abnormitäten der Nasenscheidewand und ihre Behandlung bei catarrhalischen Zuständen. (Abnormities of the nasal septum and their treatment in the cure of catarrh.)** *N. Y. Med. Journal. 23. Februar 1895.*

Die Arbeit enthält nichts Neues. Der Verfasser giebt eine gute Beschreibung einer Nasensäge und der Operation nasaler Spinen mit derselben.

LEFFERTS.

17) **L. Wróblewski** (Warschau). **Ueber die sogenannten acuten Abscesse der Nasenscheidewand. (Abscessus acuti septi narium.)** *Archiv f. Laryngologie u. Rhinologie. 1895. Bd. II. H. 3.*

Verf. berichtet über 14 Fälle; die Ursache war bei 6 ein Trauma, 1mal Erysipel, 1mal Typhus, 1mal Pocken; bei 5 war keine Ursache zu eruiren (selbstständige Abscesse). Die Diagnose bietet meist keine Schwierigkeiten; gewöhnlich

ist die Nase ein- oder beiderseitig verstopft durch rothe kugelige Gebilde, die das Nasenloch ausfüllen und beim Aufheben der Nasenspitze leicht ohne Spiegel zu sehen sind. Die einzig rationelle Behandlung ist die chirurgische; bei frühzeitiger Einleitung derselben bleibt keine Durchlöcherung des Nasenseptums zurück. W.'s 14 Fälle heilten sämmtlich ohne eine solche. Dagegen entsteht aus beiderseitigem Abscess der Nasenscheidewand nach W.'s Meinung constant eine gewisse Aenderung in der äusseren Gestalt der Nase durch „Einsenkung des Nasenrückens an der Grenze der eigentlichen Knochen (ossa nasalia) und des Knorpels" und durch gleichzeitige „Verbreiterung und Indiehöherichtung der Nasenflügel".

F. KLEMPERER.

18) **G. Kiär** (Kopenhagen). **Hämatom (traumatische Perichondritis) und acute primäre Perichondritis der Nasenscheidewand. (Hämatom [traumatisk Perichondrit.] og akut primar Perichondritis septi nasi.)** *Ugesk. f. Läger. 1895. S. 313—326.*

Das Material rührte von der Klinik Dr. Schmiegelow's her. K. theilt 13 Fälle von Hämatom oder traumatischer Perichondritis der Nasenscheidewand mit. In allen Fällen ging der Inhalt des Hämatoms in Eiterung über und wurde spontan oder mittels Incision entleert. Die Ursache der Krankheit war immer ein Trauma, in 12 Fällen war die Krankheit doppelseitig, nur in einem Falle einseitig. Nur in einem Falle konnte Perforation des Septum constatirt werden, und die Heilung wurde hier von geringem Einsinken des Nasenrückens gefolgt. Eine geringe Deformität der Nase wurde nur noch in einem zweiten Falle constatirt, sonst trat die Heilung ohne Deformität der äusseren Nase ein.

Ein Fall von primärer acuter Perichondritis des Septum nasi wurde auf der Privatklinik von Schmiegelow bei einem 7jährigen Knaben beobachtet. Die Krankheit fing spontan mit Schmerzen und starkem Fieber an. Die Nase schwoll an und wurde roth, die Augenlider waren ödematös, die Nasenlöcher verstopft von dem stark geschwollenen fluctuirenden Septum. Nach Incision Entleerung von Pus, Heilung.

SCHMIEGELOW.

19) **Eudlitz. Syphilitischer Schanker der unteren Nasenscheidewand. (Chancre syphilitique de la sous-cloison du nez.)** *Soc. franç. de dermatologie. 14. Februar 1895.*

Die Patientin war 45 Jahre alt. Der Ursprung des Schankers liess sich nicht aufklären. Derselbe begann als kleines Bläschen, das ulcerirte und bald über das ganze untere Septum und in beide Nasenhöhlen hinein sich erstreckte. Die Ränder waren indurirt, dabei Drüsenschwellung und später Roseolen.

A. CARTAZ.

20) **L. Lubliner. Der blutende Polyp der Nasenscheidewand. (O polipie krwawiacym przegrody nosowej.)** *Medycyna. No. 3. 1895.*

L. beschreibt einen entsprechenden Fall bei einer 28jährigen Frau, bei welcher seit 2 Monaten sehr profuse und häufige Nasenblutungen bestanden. Bei der Untersuchung wurde an dem unteren Theile des Septums ein kleiner dunkelrother, weicher, leicht beweglicher Tumor gefunden. Derselbe wurde mit der

galvanokaustischen Schlinge entfernt. Die Blutungen hörten auf. Nach 6 Monaten wurde oberhalb der Narbe noch ein ganz kleiner Tumor gefunden und derselbe wieder entfernt. Die Blutungen sistirten definitiv. Der entfernte Tumor erwies sich bei der mikroskopischen Untersuchung als Fibroma telangiectodes.

A. v. SOKOLOWSKI.

21) **Strazza** (Genua). **Zur Casuistik der Nasenscheidewand-Geschwülste. (Casuistica dei tumeri del setto nasale.)** *Boll. delle mal. dell'or. 1895. No. 3.*

1. Fall. Grosses Cavernoma Septi. Beobachtet bei einer 61jährigen Frau. Vollständiger Verschluss des linken Nasenloches durch einen hühnereigrossen, blauen, weichen, breitbasig auf dem Septum aufsitzenden Tumor. Abtragung des grössten Theils der Geschwulst mit der Schlinge. Starke Blutung, durch Tamponade gestillt. Weitere Behandlung durch Elektrolyse, bis zur vollständigen Heilung. S. hebt hervor, dass man die Cavernome gewöhnlich mit den Angiomen zu verwechseln pflegt.

2. Fall. Epithelioma Septi. Da der Fall bei einem erst 17jährigen Manne beobachtet wurde, so wurde die Diagnose erst durch das Mikroskop gestellt. Es war ein gewöhnliches Pflasterzellenepitheliom mit zahlreichen Zwiebeln. Drei Monate nach der Exstirpation Recidiv auf der Nasenrückenhaut. Pat. wollte sich aber nicht weiter operiren lassen.

TOTI.

22) **Surmay** (Ham). **Starke Verbiegung der knorpligen Nasenscheidewand. Abtragung derselben nach einem neuen Verfahren. (Forte déviation de la cloison cartilagineuse du nez. Ablation de la cloison par un procédé nouveau.)** *Soc. de chirurg. 2. Januar 1895.*

Bei einem jungen Mann, dessen rechte Nasenhöhle durch eine starke Deviation des knorpeligen Septums verstopft war, resecirte Verf. mittelst eines spitzigen Bistouris nach Cocainisirung den vorspringenden Theil des Septums, wodurch er eine weite Communication zwischen beiden Nasenhöhlen bildete.

LUC.

23) **Gouguenheim. Verbiegungen der Nasenscheidewand. (Deviations de la cloison du nez.)** *Semaine méd. 20. Februar 1895.*

Eine klinische Vorlesung; nichts Neues.

A. CARTAZ.

24) **T. Parsemore Berens. Röhrenförmige Korkschienen für Nasenscheidewandverbiegungen. (Tubular Cork splints for deformities of the nasal septum.)** *N. Y. Med. Record. 12. Januar u. 9. Februar 1895. N. Y. Medical Journal. 16. Februar 1895.*

Verf. empfiehlt Kork als Material für Nasenschienen; dasselbe verdient den Vorzug vor härteren Materialien, auch vor Gaze und Wergtampons, wegen seiner Elasticität und Anpassungsfähigkeit und wegen seiner Reinlichkeit. Auch bei dringenden Fällen von Nasenverletzung ist es sehr zweckmässig.

LEFFERTS.

25) **Kretschmann** (Magdeburg). **Ueber die Behandlung von Nasenscheidewandverbiegungen mit der Trephine.** *Arch. f. Laryngol. u. Rhinol. II. 3. 1895.*

K. hat die von M. Schmidt und Spiess empfohlene Methode in 25 Fällen

angewandt und ist im Allgemeinen von den Leistungen derselben sehr befriedigt. Nur in 2 Punkten differirt er von Spiess' Angaben. Die Methode ist nicht so schmerzlos, wie S. angegeben; auch ist die Heilungsdauer eine längere, im Mittel 6—8 Wochen. F. KLEMPERER.

26) **Beaumont. Schleimhautpolypen der Nase. (Des polypes muqueux du nez.)** *Thèse de Paris. 1895.*

Nichts Besonderes. A. CARTAZ.

27) **H. H. Wakefield. Bericht über einen Fall von Nasenfibrom. (Report of a case of nasal fibroma.)** *Charlotte (N. C.) Med. Journal. Januar 1895.*

Die Geschwulst wog 29 g. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

28) **Rethi** (Wien). **Ein ungewöhnliches Fibrom der Nasenschleimhaut.** Demonstrirt in der Wiener laryng. Gesellschaft am 14. Februar 1895. — *Wiener klin. Rundschau. 1895. No. 21.*

Ein gestieltes 9 cm im Umfange haltendes hartes Fibrom, welches an einem dünnen langen Stiele von weicher Beschaffenheit aufsitzend den Nasenrachenraum ausfüllte. Der Stiel entsprang von dem mittleren Nasengange der linken Seite. Entfernung mit der Schlinge durch die Nase. CHIARI.

29) **Bonain. Knöcherne Synechie und cystisches Myxom der rechten Nasenhöhle. (Synechie nasale et myxome cystique de la fosse nasale droite.)** *Revue de laryngologie etc. No. 5. 1. März 1895.*

Eine transversale Knochenwand trennte die rechte Nasenseite in zwei Hälften, Die mediane Nasenscheidewand war durch ein cystisches Myxom stark nach links hinübergedrängt. E. J. MOURE.

30) **Adenot** (Lyon). **Osteom der Nasenhöhle; epileptiforme Anfälle; Einsinken der Nase; Heilung durch Abtragung des Tumors. (Ostéome des fosses nasales; crises épileptiformes; abaissement du nez; ablation de la tumeur; guérison.)** *Lyon médical. 5. Mai 1895.*

Der Tumor ging von dem horizontalen Theil des Kieferknochens aus; die Ueberschrift weist auf die wesentlichen Züge des Falles hin. LUC.

31) **Helferich. Demonstration eines Osteoms aus der Nasenhöhle.** *Münchner med. Wochenschr. No. 23. 1895.*

Die Geschwulst sass an der inneren Seite der Nasenwurzel und stellte eine kugelige harte Prominenz von der Grösse einer Haselnuss in der Gegend der Verbindung von Nasenwurzel und linker Augenhöhle unter der Haut dar. Es bestand Nasenverstopfung und Thränenträufeln; die Geschwulst reichte bis in die linke Kieferhöhle und ins Siebbein hinein. Um eine bessere Heilung zu erzielen, war die Unterpolsterung eines Stirnlappens gemacht worden. SCHECH.

32) **Jonathan Wright. Ein Osteosarcom in der Nase eines Ochsen. (An osteosarcoma in the nose of an ox.)** *N. Y. Med. Record. 24. April 1895.*

Ein unregelmässiger runder Tumor füllte die Nasenhöhle; derselbe hatte

etwa 24 cm in seinem längsten, 12,6 cm im kürzesten Durchmesser; er war fest angewachsen und schien von der Innenfläche der äusseren Wand des linken Antrum etwa 10 cm unter der Orbita auszugehen. Seiner Zusammensetzung nach erwies sich der Tumor als Osteosarkom; er enthielt 1 oder 2 Cysten mit halb gelatinöser leicht gefärbter Flüssigkeit. **LEFFERTS.**

33) **Kastner** (Innsbruck). **Sclerom der Nase und des Rachens, wahrscheinlich ausgehend von einer Verletzung der Nase mit einem unreinen Strohhalme.** Demonstrirt in der wissenschaftlichen Aerztegesellschaft in Innsbruck am 16. Februar 1895. — *Wiener klin. Wochenschr. 1895. No. 22.*

An der Debatte betheiligen sich Rokitansky, Lukasiewicz und Juffinger.

Letzterer spricht über die Entwicklung des Scleroms und seine Therapie.

CHIARI.

34) **Phil. J. Pick** (Prag). **Demonstration eines Falles von Rhinosclerom.** Verein deutscher Aerzte in Prag am 22. Februar 1895. — *Wiener klin. Wochenschrift. 1895. No. 17.*

Durch den Thränennasengang drang der Process auf den Thränensack und das untere Augenlid vor. Der Rachen ist ganz frei. **CHIARI.**

35) **Dionisio** (Turin). **Ueber angeborene Atresien und Stenosen der Choanen. (Sulle atresie e stenosi congenite delle coane.)** *Gazz. Med. di Tor. 1895. 8.*

In einem von D. beobachteten Falle handelte es sich um eine Combination beider Zustände; die durch sehr stark fibröse Stränge verursachte Adhäsion des weichen Gaumens mit der oberen Pharynxwand wurde theils mit dem Finger, theils mit gebogener Cürette gelöst, die membranöse Verschliessung der beiden Choanen wurde unter Controle des in den freigemachten Nasenrachenraum eingeführten Fingers, mittelst einer von der vorderen Nase her eingeführten starken Löffelzange geöffnet. Das Resultat war, dass die Nasenathmung in genügendem Maasse möglich und das Hörvermögen bedeutend gebessert wurde. **TOTI.**

36) **D. B. Delavan. Die Prognose nasaler Operationen, die während einer Epidemie von Grippe oder ähnlichen Krankheiten ausgeführt sind. (The prognosis in nasal operations performed during epidemics of La Grippe and of allied diseases.)** *N. Y. Med. Journal. 8. Juni 1895.*

D. stellt den Satz auf, dass man während einer Grippe-Epidemie einen chirurgischen Eingriff in der Nase nicht vornehmen soll. Er begründet dies in ausführlicher Weise damit, dass der Operirte ganz besonders empfänglich für die Influenza ist und dass diese in ungünstiger Weise auf den Heilungsverlauf nach der Operation einwirkt. Meist sind die Eingriffe in der Nase nicht so drängend, dass man nicht einige Wochen bis zum Erlöschen der Epidemie warten könnte. D.'s Bemerkungen gelten wie für die Grippe, auch für die als Heufieber bezeichnete Affection. **W. J. SWIFT (LEFFERTS).**

37) **E. B. Gleason. Die intranasale Anwendung von Cocain. (The intra-nasal use of cocain.)** *Virginia Med. Monthly. März 1895.*

Nichts Neues. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

38) **Garnault** (Paris). **Vibrationsmassage der Schleimhäute bei Krankheiten der Nase, des Halses und der Ohren. (Massage vibratoire des muqueuses dans le traitement des affections du nez, de la gorge, des oreilles.)** *Acad. de Méd. 21. Mai 1895.*

Verf. rühmt die Brauchbarkeit der Methode. LUC.

39) **Paul Bergengrün** (Riga). **Modification des Voltolini'schen Nasenspeculums.** *Therapeut. Monatsh. 1895. Januar.*

Eine Combination des Voltolinischen Nasenspiegels mit den federndem Handgriffe von Hartmann, der die Handhabung des Speculums viel bequemer macht. A. ROSENBERG.

40) **Edmund D. Spear. Ein neues Nasenspeculum. (A new nasal speculum.)** *N. Y. Med. Journal. 26. Januar 1895.*

Beschreibung des Instrumentes. Das innere Blatt, das dem Septum anliegt, ist abgeflacht. Ein bewegliches Gelenk gestattet, die beiden Griffe zu kreuzen und das eine oder andere Blatt nach Wunsch weiter vorzuschieben. LEFFERTS.

41) **Samuel Goldstein. Eine Modification des zweiblättrigen Nasenspeculums und eine Modification des Bosworth'schen Nasenspeculums. (A modified bivalve nasal speculum and a modified Bosworth nasal speculum.)** *N. Y. Med. Record. 9. Februar 1895.*

Die Modification besteht darin, dass man die beiden Blätter behufs Reinigung auseinander nehmen kann. LEFFERTS.

42) **H. L. Armstrong. Eine neue verstellbare Nasensäge. (A new adjustable nasal saw.)** *N. Y. Med. Journal. 30. März 1895.*

Die Säge lässt sich leicht in jedem Winkel, ferner nach oben oder unten schneidend etc. verstellen. Sie ist gut desinficirbar, ferner zusammenlegbar, so dass sie leicht und ohne Gefahr, zu beschädigen oder beschädigt zu werden, eingesteckt werden kann. LEFFERTS.

43) **Lens** (Kiew). **Ueber einen neuen Nasendilatator.** *Wiener klin. Wochenschr. 1895. No. 13.*

Ein dem Bosworth'schen sehr ähnliches Instrument, dessen Stiel an der Stirne gehalten oder an einem Stirnband befestigt wird. CHIARI.

44) **Tissot. Untersuchungen über die Ausspülung des Nasenrachenraums und ihre Indicationen. (Étude sur le lavage du rhino-pharynx et ses indications.)** *Thèse de Paris. 1895.*

Nichts Besonderes. A. CARTAZ.

45) **E. J. Moure. Nasenrachencatarrh. (Du catarrhe naso-pharyngien.)** *Arch. cliniques de Bordeaux. No. 3. März 1895.*

Verf. bespricht in grosser Ausführlichkeit den chronischen Nasenrachenraumkatarrh. Was die Behandlung anlangt, so betont er, dass er stets gute Resultate mit der lokalen Behandlung und besonders mit den retronasalen Injectionen erzielt hat. Die Arbeit ist von einer Zusammenstellung der Literatur über die chronische Nasopharyngitis begleitet. E. J. MOURE.

46) **W. Cheatham. Ein Polyp der Luschka'schen Tonsille. (Polypus of Luschka's tonsil.)** *N. Y. State Med. Reporter. Februar 1895.*

Die Geschwulst hing vom Nasenrachenraum in den Pharynx herab und man nahm an, dass sie von einer der Muscheln entspringe; nach ihrer Entfernung aber war erkennbar, dass sie an der Luschka'schen Tonsille und zwar an deren linken Seite ihren Ursprung nahm.

Mackenzie berichtet nur über 2 gestielte Geschwülste des Rachens, so dass Polypen, die in dieser Gegend entspringen, ungemein selten zu sein scheinen.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

47) **Calot** (Berck). **Ein Nasenrachenraumpolyp mittelst schräger bilateraler Osteotomie — nach Ollier's nasaler Methode — entfernt. (Polype naso-pharyngien enlevé par l'ostéotomie bilatérale oblique — méthode nasale d'Ollier.)** *Soc. de Chirurgie. 2. Januar 1895.*

Titel erklärt den Fall. LUC

48) **Castex** (Paris). **Seltene Tumoren des Nasenrachenraums. (Tumeurs rares du naso-pharynx.)** *France méd. 7. Juni 1895. p. 355.*

Unter anderen seltenen Tumoren beschreibt Verf. auch ein Fibromyxom, das an der oberen Fläche des Gaumensegels inserirte. LUC.

49) **J. Sedziak. Beitrag zur Casuistik der retronasalen Tumoren. (Przyczynek do kazuistyki guzów w jamie nosogardzielowej.)** *Kronika Lek. No. 5. 1894.*

Es handelt sich um ein grosses Papillom (6 cm lang, 4 cm breit, $2^1/_2$ cm dick), welches von Verf. mittelst der kalten Schlinge entfernt wurde.

A. v. SOKOLOWSKI.

50) **J. A. Wyeth. Eine originelle osteoplastische Operation zur Entfernung grosser Gefässtumoren, die den Nasenrachenraum, die Highmorshöhle und die Spheno- und Pterygo-Maxillargruben erfüllten. (An original osteoplastic operation for the removal of large vascular tumors growing in the vault of the naso-pharynx, antrum of Highmore, Spheno- and Pterygo-maxillary fissures.)** *N. Y. Med. Record. 1. Juni 1895.*

W. legte zuerst eine Canüle in die Vena cephalica mediana ein und hielt Salzlösung zur Infusion bereit. Er incidirte dann am Arcus temporalis entlang parallel der Nase bis zum Nasenflügel herab. Nach Bloslegung der Knochen trennte er mit der Lochsäge das Stirnbein vom Backenknochen. Die Blutung war so schrecklich, dass hier zuerst eine Infusion vorgenommen werden musste. Nachdem durch Depression des Os zygomaticum der Backenknochen entfernt war, lag der

Zugang zu den Höhlen offen und es wurden die Tumoren abgetragen. Die verschiedenen Gebilde wurden dann wieder an ihre Stelle gebracht ohne Vernähung der Knochen. Die Heilung ging glatt von statten, der Pat. kann das Auge gut bewegen. Die ganze Operation dauerte nur $1^1/_2$ Stunde, die Infusion von Kochsalzlösung wurde noch öfters wiederholt, im ganzen wurden ca. 1800 ccm infundirt.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

51) **St. Iwanicki. Beitrag zur Casuistik der bösartigen Neubildungen des Nasenrachenraumes. (Przyczynek do kazuistyki nowotworów złośliwych w jamie nosogardzielowej.)** *Kronika Lekarska. No. 4. 1895.*

Es handelte sich um einen sehr grossen Tumor ($5^1/_2$ cm lang, 4 cm breit, 2 cm dick), welcher bei einem 56 Jahre alten Patienten seit 9 Monaten das Athmen durch die rechte Nasen-Oeffnung vollständig verhinderte. Der Tumor wurde mittelst der kalten Schlinge total entfernt; die Blutung war sehr gering.

Die mikroskopische Untersuchung des Tumors (Dr. Logucki) ergab die Diagnose auf Sarcoma alveolare.

A. v. SOKOLOWSKI.

c. Mundrachenhöhle.

52) **B. Dzierzawski. Frenula labiorum lateralia.** *Gaz. Lek. No. 26. 1895.*

Verf. kommt auf Grund von Untersuchungen an 67 gesunden Individuen zu dem Schlusse, dass neben den sogen. Frenula labiorum superioris et inferioris bei vielen Menschen noch Frenula labiorum lateralia, d. h. Falten der Mundschleimhaut seitwärts zwischen Lippen und Zahnfleisch existiren. Die Falten werden erst genau sichtbar, wenn man die Lippen in der Gegend des Mundwinkels zwischen den Fingern fixirt und dann etwas seitwärts zusammenzieht. Verf. unterscheidet 4 verschiedene Typen der erwähnten Falten.

A. v. SOKOLOWSKI.

53) **Appel. Zur Lehre vom anatomischen Sitz der Hasenscharten-Kieferspalte.** *Münchner med. Wochenschr. No. 52. 1894.*

Mittheilung eines Falles von doppelseitiger Hasenschartenkieferspalte, bei dem — entgegen der Ansicht von Albrecht — unmittelbar neben der Spalte beiderseits ein Eckzahn steht. Der Fall kann aber doch gleichzeitig für die Ansicht Kölliker's und für die Theorie von Albrecht verwendet werden. Näheres im Original.

SCHECH.

54) **Albert** (Wien). **Demonstration eines Knaben mit operirter Hasenscharte.** Gesellschaft d. Aerzte in Wien am 25. Januar 1895. — *Wiener klin. Wochenschrift. 1895. No. 5.*

Der Knabe zeigte auffallende Kleinheit des Unterkiefers mit Asymmetrie der Krümmung; ausserdem bestand Ankylostoma. Die Fälle sind sehr selten und kommen angeboren oder erworben vor, letzteres in Folge von Atrophie nach krankhaften Processen. In dem demonstrirten Falle lässt sich die Aetiologie nicht eruiren, obwohl eine Narbe am Unterkiefer besteht.

CHIARI.

55) **Kölliker** (Leipzig). **Zur Frage der schrägen Gesichtsspalte.** *Arch. f. klin. Chirurgie. 49. Bd. 3. Heft. 1895.*

Gegenüber der Annahme von Herhold, dessen Fall von schräger Wangenspalte als ein Beweis für die doppelte Anlage des Zwischenkiefers angesehen wird, hält K. nach wie vor an der einfachen Anlage des Zwischenkiefers fest.

SEIFERT.

56) **Tieux. Cavernöses Angiom der Lippe. (Angiome caverneux de la lèvre.)** *Journal de méd. de Bordeaux. No. 26. p. 309. 30. Juni 1895.*

Verf. legt Photographien der 18jährigen Patientin, die ein cavernöses Angiom der Unterlippe hatte, vor und nach der Operation vor. Der Tumor war nach einem Trauma im 2. Lebensjahre entstanden und später nach Eintritt der Menstruation sehr schnell gewachsen. Das Resultat der Operation war ein sehr gutes und Verf. giebt für Fälle dieser Art dem chirurgischen Eingriff den Vorzug vor der electrolytischen Behandlung.

E. J. MOURE.

57) **L. A. Dunn. Adenom der Lippe. (Adenoma of the lip.)** *British Medical Journal. 23. Februar 1895.*

Demonstration einer festen eingekapselten Geschwulst, welche unterhalb der Schleimhaut hervorragte und in der Mitte eine Cyste enthielt, am 19. Februar 1895 vor der Pathological Society of London. In Beantwortung einer Frage Mr. Shattock's sagte der Vortragende, dass er keinen Knorpel in der Neubildung gefunden habe.

SEMON.

58) **P. S. Conner. Krebs der Lippen, des Mundbodens und des Rachens. (Cancer of the lips floor of the month and pharynx.)** *N. Y. Medical Record. 8. Juni 1895.*

Nichts Neues.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

59) **John Lentaigne. Eine Methode zum Ersatz der Unterlippe nach Excision derselben wegen Krebs. (On a method of restoring the lower lip after excision for cancer.)** *Royal Academy of Medicine in Ireland. Januar 1895.*

Der Lappen zur Deckung des Defectes wird unterhalb des Kinns und vorn oben am Halse entnommen.

A. LOGAN TURNER (P. M'BRIDE).

60) **Albertin. Drüsenschwellungen an der Backe. (Des adénites géniennes.)** *Archiv. provinc. de chir. IV. 4. 1895.*

A. publicirt mehrere Fälle von diesen Drüsenentzündungen, die Poncet (Lyon) beschrieben hat. Er erinnert an die von Jaboulay und Vigier gegebene Eintheilung in die am Masseter, die an der Commissur sitzenden und die suborbitalen Drüsenschwellungen. Nach seinen Erfahrungen ist die Drüse an der Commissur am häufigsten befallen. Von den publicirten Fällen sind die einen acute und subacute Adenophlegmonen, die andern chronische tuberculöse Eiterungen; einige schliesslich betreffen secundäre Drüsenerkrankungen bei Neubildungen.

A. CARTAZ.

61) **Körte. Wangencarcinom.** *Deutsche med. Wochenschr. 1895. No. 7.*

Vorstellung eines nach der Methode Israel-Hahn operirten Patienten. Ausschliesslich chirurgischen Interesses. LANDGRAF.

62) **J. Elias. Acute letale Cellulitis facio-cervicalis nach Zahnschmerzen. (A case of rapidly fatal facio-cervical cellulitis following toothache.)** *Lancet. 16. Februar 1895.*

Vier Tage nach dem Eintreten von Schmerzen und Schwellung der Backe erfolgte der Tod. Eine grosse Incision war ohne Erfolg. ADOLPH BRONNER.

63) **Winkler** (Bremen). **Zur Oberkiefermissbildung bei behinderter Nasenathmung.** *Wiener med. Wochenschr. 1895. No. 9 u. 10.*

Nach Beschreibung der 2 von O. Koerner aufgestellten Typen (bei adenoiden Vegetationen vor oder nach dem Zahnwechsel) bringt W. Abbildungen von 2 Oberkiefern (19jähriger Mann, 12jähriges Mädchen), die seit frühester Kindheit an ad. Veget. litten. Beide Oberkiefer waren sehr verschieden, der eine mit starker Gaumenwölbung, der andere mit gewöhnlicher; der Alveolarrand war beidemale asymmetrisch, aber nur einmal in seinem vorderen Antheile stark nach vorn gerichtet.

W. zweifelt daher, ob die abnorm hohe Wölbung des Oberkiefers wesentlich beeinflusst sei durch Fortbestehen der Nasenobstruction nach dem Zahnwechsel. Die Asymmetrien des Alveolarrandes könnten auch durch ungleiche Ausbildung der Alveolarbucht des Antrum bedingt sein. CHIARI.

64) **Mac Gillivrey** (Edinburgh). **Ankylose des Kiefers im Anschluss an Mittelohreiterung. (Anchylosis of the jaw following middle ear suppuration.)** *Edinburgh Med. Journal. Februar 1895.*

Demonstration des Falles nach der Operation. P. M'BRIDE.

65) **E. Nason. Ein Fall von Operation wegen Kiefer-Ankylose. (Case of operation of ankylosis of jaw.)** *Brit. Med. Journal. 12. Januar 1895. Lancet. 2. Februar 1895.*

Vor 12 Jahren Kieferverletzung. Keilförmiges Stück vom Ramus ascendens entfernt. Nach drei Tagen passive Bewegungen. Vorstellung des Pat. in der Birmingham Branch der B. M. A. ADOLPH BRONNER.

66) **C. Beadles. Unterkieferluxation während eines epileptischen Anfalls. (Dislocation of the lower jaw during an epileptic fit.)** *Lancet. 20. April 1895.*

Rechtsseitige, leicht reponirbare Luxation. Im Lancet vom 27. April beschreibt E. Calthrop einen anderen Fall derselben Art. ADOLPH BRONNER.

67) **Kirchgässer. Entfernung einer 7,5 cm langen, 1,5 cm breiten Messerklinge aus dem rechten Oberkiefer, 9 Jahre nach der Verletzung.** *Deutsche medicin. Wochenschr. 1895. No. 2.*

Titel deckt den Inhalt. LANDGRAF.

68) **Frank W. Jay. Kiefercysten im Zusammenhang mit den Zähnen; mit einer Krankengeschichte. (Cysts of the maxilla connected with the teeth, with report of a case.)** *Philad. Med. News. 6. April 1895.*

Die Arbeit ist von Interesse, ohne wesentlich Neues über den Gegenstand zu bringen. LEFFERTS.

69) **Mac Gillivrey** (Edinburgh). **Zwei Fälle von zahnhaltigen Cysten. (Two cases of dentigerous cyst.)** *Edinburgh Med. Journal. Februar 1895.*

Der erste Fall betraf eine Frau von 25 Jahren; unter der Oberlippe war eine durchscheinende Geschwulst sichtbar, aus der eine eiweissartige Flüssigkeit entleert wurde; der Tumor enthielt am Boden die Krone eines schadhaften Milchzahns (D. incisiva), während von der Decke aus ein vollständig ausgebildeter Schneidezahn der zweiten Dentition wuchs. Im zweiten Falle, bei einem Knaben von 6 Jahren, lagen ähnliche Verhältnisse vor, nur hatte der Zahn, der von der Decke aus wuchs, keine ganz ausgebildete Krone. P. M'BRIDE.

70) **Ph. K. V. van Lissa** (Haag). **Beitrag zur Jodkaliumbehandlung der Actinomycose. (Bijdrage tot de Jodkaliumbehandeling der actinomycose.)** *Ned. Tijdschr. v. Geneesk. 1895. I. No. 7.*

Ausgedehnte Actinomycose des Gesichtes, welche vom Processus alveolaris des Oberkiefers ausgegangen war. Mit dem Beginne der Jodkaliumbehandlung verschwanden wie mit Zauberschlag die subjectiven Beschwerden. Nach einem halben Jahre war die Vernarbung eine nahezu vollständige.

Die mikroskopische Bestätigung der Diagnose hatte nicht erbracht werden können. H. BURGER.

71) **Charles Levi. Melanotisches Sarcom des Unterkiefers. (Sarcome mélanique du maxillaire inférieur.)** *Bull. Soc. Anatom. Paris. 22. März 1895.*

Unterkiefergeschwulst bei einer 33jährigen Frau. Bei der Resection ergab sich, dass es sich um ein melanotisches Sarcom handelte. Tod nach 10 Tagen. Autopsie nicht möglich. A. CARTAZ.

72) Sir **William Stokes** (Dublin). **Zur operativen Behandlung des Kiefer-, Zungen- und Lippenkrebses. (On the operative treatment of cancer of the jaws, tongue and lips.)** *Dublin Journal of Med. Scienc. März 1895.*

Von rein chirurgischem Interesse. P. MC BRIDE.

73) **A. Sikkel** (Haag). **Acute infectiöse Pharynx-Phlegmone. (Acuut infectieus phlegmoon van den pharynx.)** *Ned. Tijdschr. v. Geneesk. 1895. I. No. 21. Med. Weekblad. 1895.*

Ein fünfzigjähriger Mann, der immer gesund gewesen, bekommt eine geringe Empfindlichkeit im Halse. Am zweiten Tag leichter Schluckschmerz. Die Schleimhäute des Halses roth; geringe Schwellung der linken Mandel. Am selben Tag Kopfschmerz, zunehmender Schluckschmerz, später Heiserkeit und Athemnoth. Kleiner frequenter Puls; die Kehlkopfgegend geschwollen, druckempfindlich. Keine Lymphdrüsenschwellung. Pharynx roth und geschwollen, Kehldeckel sehr verdickt.

Starke Schwellung der linken Arytaenoidgegend und des linken Taschenbandes; linkes Stimmband unsichtbar; rechtes Stimmband roth und verdickt. Scarificationen in der linken Kehlkopfhälfte, wobei kein Eiter entleert wird. Das Sensorium immer mehr getrübt. Tracheotomie. Am dritten Tag bedeutende Störungen des Bewusstseins. Temperatur 38,7° C. Ziemlich tiefe Scarificationen, ohne Erfolg. Am nächsten Tag fördert Pat. eine geringe Menge Eiter zu Tage. Die Schwellung der linken Arytaenoidgegend etwas zurückgegangen. Die ganze Larynxschleimhaut mehr geschwollen. Temperatur 39,3° C. Tod. Obduction; ausgedehnte eitrige Infiltration des retropharyngealen und oesophagealen Bindegewebes bis in das hintere Mediastinum. Infiltration sämmtlicher Schleimhäute des Halses. Keine Abscesse.

H. BURGER.

74) **W. Lesin** (Luga). **Actinomycosis des Pharynx und der Gehirnhaut. (Lutschistogribkowi pharyngit, osloschniwtschisja lutschustogribkowim basilarnim meningitom.)** *Wratsch. 1894. No. 10.*

Mittheilung von 9 Fällen von Actinomycosis, von denen 8 nichts Besonderes bieten. Im 9. Falle war die Erkrankung vom Pharynx ausgegangen, man fand Veränderungen in Form von festem Narbengewebe in der rechten Mandel und um die grossen Blutgefässe des Halses, die mehr oder weniger comprimirt waren. Erweichungsheerde fanden sich in der linken Mandel und blos Infiltrationen des submucösen Gewebes in dem weichen Gaumen und in der linken und hinteren Rachenwand. Bei der Section sah man im Eiter der Basalmeningitis zahlreiche Actinomyceskörner.

LUNIN.

75) **E. H. Griffin. Ein Fall von Tuberculose des Rachens. (A case of tuberculosis of the pharynx.)** *N. Y. Med. Journal. 16. Februar 1895.*

Nichts von Bedeutung.

LEFFERTS.

76) **C. Cathcart** (Edinburgh). **Ulceration bei Syphilis. (Ulceration in syphilis.)** *Edinburgh Med. Journal. März 1895.*

Vorstellung eines Patienten, bei dem eine tiefe Ulceration des Halses sich einstellte 3 Monate nach der (wahrscheinlichen) Infection.

P. MC BRIDE.

77) **P. Heymann. Luetische Stenose des Rachens.** *Deutsche med. Wochenschr. 1895. No. 13.*

Vorstellung einer Pat. im Verein für innere Medicin. Bemerkenswerth ist, dass die syphilitischen Geschwüre erst heilten, als die Tracheotomie gemacht war in Folge einer acuten Angina.

LANDGRAF.

78) **Schmidt** (Düsseldorf). **Strictur im Pharynx (Lues).** *Deutsche med. Wochenschrift. 1895. No. 21.*

Vorstellung einer Patientin, deren Behandlung noch nicht abgeschlossen.

LANDGRAF.

79) **Battle** (London). **Syphilitische Rachenstenose. (Syphilitic stenosis of pharynx.)** *British Medical Journal. 16. Februar 1895.*

Demonstration eines 24jährigen Mannes am 8. Februar 1895 vor der Clinical

Society of London, dessen Pharynx gegenüber der Zungenbasis durch syphilitische Narbencontraction so verengert war, dass nur ein No. 12 Katheter durch die Strictur hindurchgeführt werden konnte. Die Epiglottis war völlig zerstört. Der Vortragende hatte den Narbenrand mit der Scheere gespalten und regelmässig dilatirt. Es war indessen noch immer nothwendig, diesen Process fortzusetzen. Der Vortragende hatte niemals eine so hochgradige Strictur gesehen. SEMON.

80) **Fleischmann** und **Borchard. Ueber Pharynxstricturen.** *Arch. f. Laryngol. und Rhinologie. II. 3. 1895.*

Die Verff. besprechen eingehend die häufigste Form der Pharynxstricturen, nämlich die am Uebergange des Nasenrachenraums zum Mundrachenraum gelegenen, wobei Verwachsungen zwischen Segel und hinterer Rachenwand, seltener zwischen Segel und Zunge bestehen. Es werden zwei Krankengeschichten mitgetheilt, an denen besonders bemerkenswerth ist, dass die Strictur sehr wahrscheinlich nicht luetischen Ursprungs, sondern im ersten Fall postdiphtheritisch, im zweiten tuberculöser Natur ist.

Zum Schluss weisen die Verff. kurz auf Substanzverluste im Gaumen hin, die in seltenen Fällen nach Diphtherie vorkommen. F. KLEMPERER.

81) **Delmas** und **Cannieu. Sarcom des Rachens. (Sarcome du pharynx.)** *Journal de méd. de Bordeaux. No. 14. 7. April 1895.*

Ein Fall von Sarcom des Rachens; der Tumor, der von dem unteren Theil des Pharynx ausgehend die oberste Partie des Larynx verdeckte, wurde vor dem Eingriff für ein Epithelion laryngealen Ursprungs gehalten. Die Entfernung wurde von der Regio suprahyoidea ausgeführt; es erfolgte der Exitus durch Schluckpneumonie. E. J. MOURE.

82) **Braem** (Breslau). **Beitrag zur Resection des Pharynx.** *Arch. f. klin. Chir. 49. 1895.*

Br. hat zur Exstirpation eines Tonsillencarcinoms ein Verfahren angewendet, nach welchem in einem zweiten Falle auch Mikulicz operirt hat. Hautschnitt vom Proc. mast. nach abwärts bis zur Höhe des Zungenbeins, dann nach vorne umbiegend quer über die Regio submaxillaris und wieder aufwärts über die Mitte des horizontalen Kieferastes hinweg zum Mundwinkel, Ausräumung der Drüsen in der Submaxillargegend und an den grossen Halsgefässen, Durchsägung des Kiefers und Resection des betreffenden Stückes. Exstirpation der Geschwulst soweit als möglich von aussen her. Jodoformgazetamponade. In beiden Fällen guter Verlauf. SEIFERT.

83) **Kummer** (Genf). **Retropharyngealer Abscess von Wirbelkrankheit her. Incision von vorn aussen; Heilung. (Abscès retrophar. consécutif à une ostite vertebrale. Incision latéro-antérieure. Guérison.)** *Revue méd. de la Suisse romande. No. 3. 1895.*

43jährige Dame, bei welcher vor der Operation die Wirbelcaries direct nicht, sondern nur eine leichte Affection der linken Lungenspitze nachzuweisen war. Siehe hierzu Ref. 85 (Reverdin). JONQUIÈRE.

84) **P. Mermet. Syphilide in Mund und Rachen und Retropharyngealabscess. (Syphilides bucco-pharyngiennes et abscès rétro-pharyngien.)** *Gaz. des hôpitaux. 12. März 1895.*

M. berichtet über einen Fall von umfangreichem Retropharyngealabscess bei einem jungen Mann von 17 Jahren im Anschluss an Syphilide im Mund und Rachen. Der Abscess wurde von der Regio cervicalis externa her eröffnet.

Verf. weist darauf hin, wie selten solche pharyngealen Eiterungen syphilitischen Ursprungs sind; Fälle von Retropharyngealabscess dieser Herkunft haben Méandre-Dasoit, Verneuil, Gilette und Fournier beschrieben.

A. CARTAZ.

85) **J. Reverdin** (Genf). **Eröffnung tuberculöser Retropharyngealabscesse von der vorderen seitlichen Gegend aussen am Halse nach Burkhardt. (De l'incision des abscès tubc. rétro-pharyngiens par la région antérolatérale du cou; procédé de Burkhardt.)** *Revue méd. de la Snisse romande. No. 2. 1895.*

3 Fälle, 2 mit Erfolg, 1 bei einem Manne in ultimis natürlich ohne Wirkung.

Diese Fälle, sowie derjenige im Referat 83 (Kummer) sind rein chirurgische, werden aber hier nur deshalb referirt, um darauf aufmerksam zu machen, dass es eine leichte Operationsmethode von aussen giebt und es daher künftig, abgesehen von unmittelbar drohender Erstickung, contraindicirt sein dürfte, bei Patienten mit nachweisbarer Wirbel- oder anders localisirter Tuberculose retropharyngeale Abscesse per os zu eröffnen, von wo man doch der zu Grunde liegenden Wirbelknochenkrankheit nicht beikommen kann und ohne Nutzen innere Infectionen riskirt.

Das Operationsverfahren, Eindringen zwischen Kehlkopf und Sternocleidom. leicht und von (relativ) sicherem Erfolg für den Patienten, verlangt immerhin einen geübten Chirurgen, und dessen Beschreibung mag l. c. nachgelesen werden.

JONQUIÈRE.

86) **Carstens** (Leipzig). **Ein neues Messer zur Eröffnung retropharyngealer Abscesse.** *Jahrb. f. Kinderheilk. XXXVIII. 2. 3.*

Für unruhige Kinder empfiehlt C. ein Messer, das cachirt bis an den Abscess gebracht und, nach Eröffnung des Abscesses, cachirt wieder aus dem Munde herausgeführt wird.

SEIFERT.

d. Diphtheritis und Croup.

87) **Lennox Browne** (London). **Die Aetiologie der Diphtherie und Pseudodiphtherie. (The etiology of diphtheria and pseudodiphtheria.)** *Liverpool Med. Chir. Journal. Januar 1895.*

Eine sorgfältige und ausführliche Uebersicht über den heutigen Stand der Diphtheriefrage.

P. MC. BRIDE.

88) **Redactionelle Bemerkung. Die bakteriologische Diagnose und die neue Behandlungsweise der Diphtherie und der Laboratoriumsunterricht. (Relation of the bacteriologic diagnosis and new treatment of diphtheria to laboratory-instruction.)** *Philad. Med. News. 19. Januar 1895.*

Der Artikel weist auf den Werth einer gründlichen Schulung der Medicinstudirenden in bakteriologischer Technik und Wissenschaft hin, die nur im Laboratorium zu gewinnen ist. **LEFFERTS.**

89) **Mya. Einige essentielle Thatsachen zur Diagnose und Behandlung der Diphtherie. (Alcuni fatti capitali per la diagnosi e la cura della difterita.)** *La Pediatria. 1895. No. 1 u. 2.*

Eine klinische Vorlesung. M. hält betreffs der Diagnose an der von anderen, z. B. von Hansemann, bezweifelten Bedeutung des Diphtheriebacillus fest. Der klinische und therapeutische Theil der Vorlesung — sehr praktisch und lesenswerth — eignet sich nicht zu einem kurzen Referate. **TOTI.**

90) **Redactionelle Bemerkung. Untersuchung auf Diphtheriebacillen. (Examination for diphtheria bacilli.)** *Philad. Med. News. 12. Januar 1895.*

Nichts von Bedeutung. **LEFFERTS.**

91) **Kockel** (Leipzig). **Ueber die bakteriologische Diagnose der Diphtherie nach Dr. Hesse in Dresden.** Bericht d. med. Gesellschaft zu Leipzig. — *Schmidt's Jahrb. 1. 1895.*

Der von K. demonstrirte Apparat Hesse's, durch den es Aerzten in der Praxis ermöglicht wird, Material aus der Mundhöhle kranker Kinder zu entnehmen und es in sterilen Gefässen an die Centralstelle gelangen zu lassen, besteht aus einem starkwandigen Reagensglase, in welchem vermittelst eines Wattebausches ein Glasstäbchen festgehalten wird. Das Ganze wird in eine Holzbüchse verpackt und so versendet. Die Untersuchung lässt sich so beschleunigen, dass $2^1/_2$ bis 3 Stunden nach Impfung der Platte die Diagnose auf Diphtheriebacillen ermöglicht wird. **SEIFERT.**

92) **M. Wolff** (Berlin). **Zur Diphtheriefrage.** *Berliner klin. Wochenschr. 1895. No. 7.*

W. zeigt die von Hesse angegebene Vorrichtung zur Entnahme von Material aus dem Schlunde und zur Versendung desselben an die Untersuchungsstation, Glasstab in sterilisirtem mit Watte verschlossenem Reagensglas und demonstrirt Culturen von Diphtheriebacillen. **LANDGRAF.**

93) **Redactionelle Notiz. Die Diphtheriediagnose. (The diagnosis of diphtheria.)** *N. Y. Med. Journal. 12. Januar 1895.*

Nichts von Wichtigkeit. **LEFFERTS.**

94) **Wm. G. Birsell. Die bakteriologische Untersuchung bei der Diagnose der Diphtherie. (Bacteriologic examination in the diagnosis of diphtheria.)** *Phil. Med. News. 2. Februar 1895.*

1. Eine positive Diagnose auf Diphtherie ist in der Mehrzahl aller verdäch-

tigen Fälle durch sorgfältige Untersuchung der primären Cultur innerhalb 24 Std. zu stellen.

2. In Fällen, in denen der Bacillus nicht gefunden wird, ist der Verdacht auf Infectiosität gering.

3. Bei positivem Befund darf die Infectionsgefahr erst als beseitigt angesehen werden, wenn spätere Prüfungen den Mikroorganismus nicht mehr nachweisen. LEFFERTS.

95) **J. H. Mc Collom. Die Wichtigkeit bakteriologischer Untersuchungen bei Diphtheriefällen. (The importance of bacteriological investigations in cases of diphtheria.)** *Boston Med. and Surg. Journal. 17. Februar 1895.*

Verf. führt aus, dass es nur durch bakteriologische Untersuchungen aller diphtherieverdächtigen Fälle möglich sein wird, eine Herabsetzung der Häufigkeit dieser Krankheit zu erzielen. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

96) **F. W. Stoddart. Die bakteriologische Diagnose der Diphtheritis. (The bacteriological diagnosis of diphtheria.)** *British Med. Chir. Journal. März 1895.*

Kurze Besprechung der Züchtungsmethode. Abbildung des Bacillus. Unter 21 Fällen von Diphtheritis wurde der Bacillus nur 12mal gefunden.

ADOLPH BRONNER.

97) **Hermann Biggs** und **Wm. H. Park. Die bakteriologische Diagnose der Diphtheritis. (Bacteriological diagnosis of diphtheria.)** *N. Y. Med. Record. 23. März 1895.*

Nichts Neues. LEFFERTS.

98) **Simon Flexner. Die Bakteriologie und Pathologie der Diphtheritis. (The bacteriology and pathology of diphtheria.)** *American Journal of Med. Scienc. März 1895.*

Eine zusammenfassende Uebersicht über den heutigen Stand unseres Wissens von der Diphtheritis, die zum Referate nicht geeignet, im Original gelesen zu werden verdient. P. MC BRIDE.

99) **D. Hamilton. Einfache Methode, von einer diphtheritischen Exsudation eine Probe zur Untersuchung zu gewinnen und zu verschicken. (A ready means of procuring and transmitting diphtheritic discharges for examination.)** *Brit. Med. Journ. 9. Februar 1895.*

In ein gewöhnliches Reagensglas wird ein kleiner Pinsel eingeführt, dessen Griff mit Baumwolle umwickelt ist und in das Ende der Röhre passt. Das Ganze wird sterilisirt. Die erkrankte Stelle wird mit dem Pinsel abgewischt und dieser dann in die Röhre eingeführt und mit ihr verschickt.

W. Hardman erwiedert im Brit. med. Journ. 16. Februar 1895, dass es viel einfacher sei, die zu untersuchenden Exsudate etc. auf einem Stücke Papier vor dem Feuer zu trocknen und so aufzubewahren. ADOLPH BRONNER.

100) **J. Washbourn. Die Wichtigkeit der Untersuchungen auf Loeffler'sche Bacillen an einigen Fällen illustrirt. (Cases illustrating the importance of an examination for the diphtheria bacillus.)** *Brit. Med. Journal. 19. Januar 1895.*

In einem Falle von Scarlatina mlt Belag der Mandel wurde der Bacillus gefunden. Bei einem Knaben trat eine Rhinitis auf nach der Genesung von Scarlatina; es wurde der Bacillus ebenfalls gefunden. In einem Falle wurde 63 Tage nach Verschwinden der Membran der Diphtheriebacillus noch nachgewiesen. Ein Knabe hatte scheinbar einfachen Schnupfen. Da unter seinen Freunden bald darauf Diphtheritis ausbrach, wurde der Ausfluss der Nase untersucht und darin der Bacillus gefunden. Bei einer gesunden Aufwärterin im Zimmer mit Diphtheritiskranken wurde im Halse der Bacillus gefunden. ADOLPH BRONNER.

101) **Silberschmidt. Bakteriologisches über Diphtherie.** *Münchner medicin. Wochenschr. No. 9. 1895. Philad. Med. News. 13. April 1895.*

In 91 Fällen von 125 von Diphtherie konnten typische Diphtheriebacillen aufgefunden werden; in $^2/_3$ der Fälle fanden sich nebenher noch Streptococcen. In 12 Fällen wurden vereinzelte Colonien von plumpen und kurzen Bacillen nachgewiesen, was S. für prognostisch günstig hält. Patienten beherbergen trotz der Serumtherapie noch als Geheilte lebensfähige und vollvirulente Bacillen in ihrem Rachen, weshalb sie für ihre Umgebung gefährlich sind. Daraus folgt, dass vor Entlassung der Kranken man sich überzeugen muss, ob keine Bacillen mehr vorhanden sind und dass eine Desinfection im Hause erst dann vorzunehmen ist, wenn Patient bacillenfrei geworden. SCHECH.

102) **C. Fränkel** (Marburg). **Die ätiologische Bedeutung des Loeffler'schen Bacillus.** *Deutsche med. Wochenschr. 1895. No. 11.*

Ein sehr lesenswerther Artikel. Fr. hat sich der Mühe unterzogen, der die Berliner Bacteriologen gelegentlich des Hansemann'schen Vortrags aus dem Wege gegangen sind, die Hansemann'schen Bedenken gegen die ätiologische Bedeutung des Diphtheriebacillus zurückzuweisen. Wie dem Ref. scheint, ist ihm diese Aufgabe gelungen. Dass die blosse Gegenwart eines Infectionserregers nicht genügt, um die betreffende Krankheit zu Stande kommen zu lassen, dass dazu noch weitere Umstände gehören, welche gemeinhin unter dem Ausdruck der Disposition des Organismus zusammengefasst werden, wird dabei ausdrücklich betont.

LANDGRAF.

103) **v. Esmarch. Die Durchführung der bakteriologischen Diagnose bei Diphtherie.** *Deutsche med. Wochenschr. 1895. No. 1.*

v. E. geht davon aus, dass, wo bei einer Erkrankung echte virulente Diphtheriebacillen gefunden werden, auch echte Diphtherie anzunehmen sei. Bekanntlich giebt es auch im Munde gesunder Leute gelegentlich echte Diphtheriebacillen. Diese Leute sind Diphtherieverbreiter. Die Sache liegt genau so, wie bei der Cholera. Negativer Befund giebt nur bei frühzeitiger Entnahme und durch sachverständige Hand ausgeführte Untersuchung Sicherheit. v. E. plädirt daher für den in Amerika schon länger practisch erprobten Vorschlag, dass von

den Aerzten Probeentnahmen gemacht und einer Sammelstelle zugeführt werden sollen, welche nach Beendigung der Untersuchung sofort dem Arzte Mittheilung macht und empfiehlt zur Probeentnahme kleine Schwammstücke in Papierhüllen verpackt.

LANDGRAF.

104) **A. Polljectow** (Moskau). **Bakteriologische Untersuchungen der Pharynxerkrankungen bei Kindern. (Opit bacteriolog. issledowania pri sabalewanioch sewa u detei.)** *Trud. detsv. wrat. Mosc. 1894.*

Nach einer ausführlichen Einleitung über die Bedeutung und das Vorkommen des Klebs-Löffler'schen Bacillus kommt Verf. auf seine eigenen Untersuchungen zu sprechen, die in der Kinderklinik des Prof. Filatow ausgeführt wurden. Jeder Pat., der an Diphtheritis leidet oder auf Diphtheritis verdächtig erscheint, kommt erst auf die Beobachtungsabtheilung, wo die Krankheit erst bacteriologisch bestimmt wird (mikroskopisch vermittelst Culturen). Untersucht wurden 117 Pat., von denen 100 Pat. Beläge im Rachen zeigten. Von diesen 100 Pat. wurden bei 74 die Löffler'schen Bacillen gefunden, von letzteren starben 27, darunter 8 mit Diphth. laryngis. Von den 26 Pat., wo nur Kokken (Staphylo- u. Streptokokken) vorhanden waren, genasen alle.

10 Pat. litten an Scharlach-Diphtheritis und zeigten gleichfalls nur Kokken. Die letzten 7 Pat. litten an Kehlkopfdiphtheritis und bei allen 7 wurden die Löffler'schen Bacillen gefunden. Die schlechteste Prognose zeigten Pat. mit den Martin'schen langen Bacillen, dann folgten die, wo Reinculturen angetroffen wurden.

Bei der Pseudo-Diphtheritis kommt es auch zur Lymphdrüsenschwellung, nie aber zum pastösen Oedem des periglandulären Gewebes, was besonders bei den schweren Diphtheritisformen beobachtet wird.

LUNIN.

105) **Reiche** (Hamburg). **Mischinfectionen bei Diphtherie.** *Centralbl. f. innere Medicin. 3. 1895.*

R. untersuchte bei 42 Sectionen von Diphtherieleichen die Nieren und gelegentlich daneben die Milz an lebenden wachsthumsfähigen Mikroorganismen, er fand, dass in 64,3 pCt. der Fälle sich Strepto- und Staphylokokken, in 45,2 pCt. Streptokokken allein sich in den Ausscheidungsorganen nachweisen liessen, dass sie mithin sicher im Körper cirkulirt hatten. Besonders hebt R. eine Beobachtung hervor, wonach bereits bei einem am 2. Krankheitstage der Infection erlegenen Kinde Streptokokken aus den diphtherischen Membranen des Rachens den schützenden Wall der Halslymphdrüsen passirt und wohl in erster Linie das schwere, rasch letal endigende Krankheitsbild bedingt hatten.

SEIFERT.

106) **E. Schaeffer. Ueber die Persistenz von Loeffler'schen Bacillen nach der Genesung von Diphtheritis. (On the persistence of the bacillus of Loeffler after recovery from diphtheria.)** *Brit. Med. Journ. 12. Januar 1895.*

Drei Fälle von Diphtheritis werden erwähnt, in welchen zweimal nach 4 Wochen und in einem Fall noch $7\frac{1}{2}$ Monat nach Verschwinden der Membranen der Löffler'sche Bacillus gefunden wurde. Die zwei ersten Fälle waren zur Zeit mit Antitoxin behandelt worden.

ADOLPH BRONNER.

107) **Redactionelle Notiz. Die Diphtheritis in der Mount Vernon Abtheilung des New Yorker Kinderasyls. (Diphtheria at the Mount Vernon Branch of the New York Infant Asylum.)** *N. Y. Med. Record. 12. Januar 1895.*

Nichts von allgemeiner Bedeutung.

LEFFERTS.

108) **V. O. B. Wingate. Die Häufigkeit der Diphtherie. (Prevalence of diphtheria.)** *N. Y. Med. Record. 2. Februar 1895.*

Folgende nach amtlichen Listen zusammengestellte Tabelle zeigt den Procentsatz von Diphtherietodesfällen gegenüber der Bevölkerungsziffer in den Jahren 1892 und 1893:

	1892	1893
New York	0,08	0,10
Chicago	0,07	0,06
Philadelphia . . .	0,13	0,08
Brooklyn	0,08	0,06
St. Louis	0,04	0,04
Boston	0,09	0,10
Baltimore	0,08	0,04
San Francisco . .	0,07	0,05
Cincinnati	0,09	0,05
Buffalo	0,06	0,05
Cleveland	0,07	0,04
Washington . . .	0,07	0,04
Pittsburgh	0,11	0,06
Milwaukee	0,16	0,08
New Orleans . . .	0,02	0,03

LEFFERTS.

109) **Lars Nilsson** (Schweden). **Ueber die Diphtheritis in dem Skurups'schen Distrikt 1891—94 mit einigen Bemerkungen über die Incubationszeit und die Behandlung der Diphtheritis. (Om difterin i Skurups distrikt 1891—94 jämte naagra ord om difterins inkubationstid och behandling.)** *Eira. 15. Januar 1895.*

Eine statistische Besprechung von 473 Fällen von Diphtherie, die während dieser Zeit in einer bestimmten Gegend von Schweden auftraten.

SCHMIEGELOW.

110) **X. Die Diphtheritis im Jahre 1893. (Diphtheria in 1893.)** *Public Health. März 1895.*

Die Todesfälle in England betrugen 82 pCt. mehr als in den Jahren 1883-92.

ADOLPH BRONNER.

111) **Redactionelle Bemerkung. Ein Sinken der Diphtherie- und Croup-Mortalität. (A decrease in the mortality of diphtheria and croup cases.)** *N. Y. Med. Record. 9. Februar 1895.*

Seit der Einführung des Serums hat die Mortalitätsziffer an Diphtherie und

Croup, wie aus den Mittheilungen des New-Yorker Gesundheitsamts hervorgeht, in dieser Stadt deutlich abgenommen; sie ist von 29 auf 21 pCt. gesunken.

LEFFERTS.

112) **A. Koral. Beitrag zur Mortalitätsstatistik bei Croup und Diphtherie des Halses. (Przyczynek do kwestyi smiertelnosci przy btonicy i krupi.)** *Kronika Lekarska. No. 1. 1895.*

Verf. stellt eine Statistik auf Grund des im Laufe von 16 Jahren im israelitischen Hospital in Warschau beobachteten Materials auf. Von der gesammten Zahl von 811 Fällen starben 386. Tracheotomirt wurden 405 Kranke mit einer Mortalität von 60,49 pCt. Die gesammte Zahl der Mortalität (sterbend Aufgenommene ausgenommen) betrug 45 pCt.

A. v. SOKOLOWSKI.

113) **Chr. v. Haven** (Dänemark). **Diphtheritisstatistik aus den Krankenhäusern in Ebeltoft. (Difteritisstatistik fra Sygehusene i Ebeltoft.)** *Ugesk. f. Läger. 1895. S. 291.*

Unter 154 Kranken betrug der Mortalitätsprocentsatz nur 9,09.

SCHMIEGELOW.

114) **Kolle** (Berlin). **Die Massnahmen zur Verhinderung der Verbreitung von Tuberculose und Diphtherie in Nord-Amerika.** *Zeitschr. f. Hygiene. XIX. 1. 1895.*

Als ideales Ziel stellt K. die Verbindung der Serumtherapie und einer rationellen Prophylaxis hin. Die prophylaktischen Maassregeln in New York, Baltimore, Boston und Philadelphia können ohne weiteres als mustergültig bezeichnet werden. Dort werden mit den Meldungen an das Gesundheitsamt gleich Blutserumröhrchen eingeschickt, auf denen durch die behandelnden Aerzte etwas von dem Untersuchungsmaterial ausgesät ist. Diese Röhrchen können von den Aerzten unentgeltlich aus den vom Gesundheitsamt bekannt gegebenen Apotheken und Droguerien bezogen werden.

(Aehnliche Einrichtungen finden wir in einer Reihe grösserer Städte Deutschlands und verdienen allgemeine Nachahmung, während in anderen Städten, z. B. auch in einer grösseren Universitätsstadt, die Serumtherapie ohne bacteriologische Untersuchung der Erkrankten geübt wird. Der Refer.)

SEIFERT.

115) **Bubola. Die Diphtherieimpfung in den Jahren 1862 und 63. (L'inoculazione della difterite negli anni 1862—63.)** *Riv. Ven. di Sc. Med. 1895. No. 4.*

B. erinnert daran, dass er in den Jahren 1862—63 die directe Einimpfung des aus menschlichen diphtherischen Membranen gewonnenen Materials zu Heil- und Immunisirungszwecken in weitem Maasse versucht hat. Die Resultate waren folgende gewesen: von 62 gesunden, während einer fürchterlichen Epidemie geimpften Kindern blieben 57 gesund, erkrankten 5, starben 3; von 22 ebenfalls geimpften Diphtheriekranken heilten 19, starben 5.

TOTI.

116) **G. Macintyre** (Glasgow). **Diphtherie und andere acute Nasen- und Halsentzündungen mit besonderer Berücksichtigung der neueren diagnostischen und therapeutischen Methoden. (Diphtheria and other acute inflammations of the nose and throat with special reference to recent methods of diagnosis and treatment.)** *Glasgow Med. Journal. Januar 1895.*

Eine kritische Uebersicht über den heutigen Stand der Diphtheritisfrage.

P. M'BRIDE.

117) **C. H. Johnston. Diphtheritis. (Diphtheria.)** *Physician and Surgeon. Januar 1895.*

Nichts Neues. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

118) **G. B. Thornton. Diphtherie und pseudomembranöser Croup. (Diphtheria — pseudomembranous croup.)** *Memphis Med. Monthly. Februar 1895.*

Verf. hält beide Affectionen für eine Krankheit.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

119) **C. E. Booth. Diphtheritis. (Diphtheria.)** *Virginia Med. Monthly. März 1895.*

Nichts Neues. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

120) **J. D. Whitley. Diphtheritis. (Diphtheria.)** *Med. Fortnightly. 1. März 1895.*

Nichts Neues. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

121) **X. Die Diphtheritis und ihre Behandlung. (Diphtheria and its treatment.)** *Med. Magazine. Februar 1895.*

Ein kurzes Resumé über die Aetiologie und Behandlung der Diphtheritis.

ADOLPH BRONNER.

122) **H. Austen** und **H. Cogill. 58 Fälle von Diphtheritis haemorrhagica. (Notes on fifty eight cases of haemorrhagic diphtheria.)** *Brit. Med. Journal. 30. März 1895.*

Von 880 Fällen von Diphtheritis zeigten 58 Blutungen. Alle mit einer Ausnahme starben.

Es waren subcutane Ecchymosen und Purpuraflecken in allen Fällen, Epistaxis und Haematemesis in 28 Fällen vorhanden. Der Tod trat ein innerhalb 48 Stunden nach Auftreten der Blutungen. Es wurden auch wiederholt innere Blutungen, meist an den serösen Häuten, constatirt. ADOLPH BRONNER.

123) **Redactionelle Notiz. Ein historischer Diphtheriefall. (The historical case of diphtheria.)** *N. Y. Med. Record. 5. Januar 1895.*

Der Verf. erzählt die Erkrankung und den Tod des ältesten Sohnes Louis Bonaparte's, des Königs von Holland, die Napoleon Anlass gaben, einen Preis von 12000 Frcs. auf die beste Arbeit über „Ursprung, Natur und Behandlung des Croups“ auszusetzen. Dr. Cabanes hat jüngst einige der damaligen Arbeiten geprüft und interessante Mittheilungen über den Verlauf des Wettbewerbs gemacht.

LEFFERTS.

124) **Kutscher. Ueber die Aetiologie einer im Verlauf von Rachendiphtherie entstandenen Otitis media.** *Deutsche med. Wochenschr. 1895. No. 10.*

Im Ohreiter fanden sich Diphtheriebacillen. LANDGRAF.

125) **Meslay. Croup, lange fortgesetzte Intubation des Kehlkopfs, Tracheotomie, Tod. (Croup, intubation prolongée du larynx, trachéotomie, mort.)** *Soc. anatom. Paris. 15. Februar 1895.*

Ein Kind von $3^1/_2$ Jahren mit Kehlkopfdiphtherie aufgenommen. Die bacteriologische Untersuchung ergiebt ausser Diphtheriebacillen zahlreiche Streptokokken. Serum-Injection und Intubation des Kehlkopfs. Die Tube liegt 5 Tage; nach ihrer Entfernung muss sie am folgenden Tage wieder eingelegt werden. Dies wiederholt sich noch 3mal. Schliesslich wird das Kind nach Hause entlassen, schwach, aber anscheinend geheilt. 8 Tage später wird es wiedergebracht mit Anfällen von Athemnoth, die auf eine Bronchialdrüsenschwellung mit Compression desRecurrens bezogen werden. Die 4mal wiederholte Intubation (im ganzen wurde sie 12mal gemacht) hat wenig Erfolg. Da die Asphyxie zunimmt, wird das Kind tracheotomirt. Am 12. Tage wird die Canüle entfernt. Es besteht noch eiteriger Auswurf; das Kind wird immer schwächer und stirbt 5 Monate nach Beginn der Diphtherie.

Sectionsergebniss: Ulceration der Trachea; eiterige Mediastinitis; Schwellung der Bronchialdrüsen mit Compression der Recurrentes; Lungentuberkulose.

A. CARTAZ.

126) **E. W. Goodall** (London). **Ein ungewöhnlicher Fall von trachealer Diphtheritis. (An unusual case of tracheal diphtheria.)** *British Medical Journal. 9. März 1895.*

Das Ungewöhnliche in diesem, am 1. März der Clinical Society of London berichteten Falle bestand darin, dass, während Rachen, Trachea und Bronchien des Patienten, eines 4jährigen Kindes, mit Pseudomembranen bedeckt waren, der Kehlkopf frei blieb. Der Vortragende hatte mehrere ähnliche Fälle gesehen, die er kurz beschrieb. — In der Discussion meinte Mr. Spencer, dass „plastische" Bronchitis und Diphtheritis mit einander identisch seien, ein Glaube, der von Dr. S. Phillips und Sir Dyce Duckworth energisch bekämpft wurde.

SEMON.

127) **Die Pathologie der Diphtheritis. (The pathology of diphtheria.)** Discussion in der Pathological Society of London am 5. und 19. März 1895. — *Brit. Med. Journal. 9. u. 23. März 1895.*

Die Discussion, an welcher die Herren Bertram Hunt, Hayward, Powell White, Kanthack, W. Robertson, Washbourn, Sims Woodhead, Lennox Browne und Bokenham theilnahmen, war ausschliesslich bacteriologischen Characters und eignet sich absolut nicht zu einem Auszug. Interessenten müssen auf das Original verwiesen werden. SEMON.

128) **E. Goodall. Ueber Urinstauung bei Diphtheritis. (On suppression of urine in diphtheria.)** *Lancet. 2. Februar 1895. Phil. Med. News. 23. März 1895.*

Sechs Fälle werden erwähnt, von denen fünf starben. Es bestand voll-

ständige Anurie 2½—4 Tage lang. In dem einen Falle war die Harnmenge 10 Tage lang sehr vermindert. In allen Fällen enthielt der Urin Albumen; bei den Meisten bestand Erbrechen. Todesursache ist allmälig sich entwickelnde oder plötzliche Herzschwäche. Haut und Lippen sind blass, die Blase ist leer. In den meisten Fällen waren die Nieren fast normal; die Anurie hängt also nicht von Nephritis ab, sondern muss nervösen Ursprungs sein und bedingt durch das Diphtheritisgift. ADOLPH BRONNER.

129) **A. R. Paterson. Ueber das Verkommen von diphtheritischer Lähmung ohne vorhergehende Halsaffection. (On the occurrence of diphtheritic paralysis without previous faucial affection.)** *Lancet. 26. Januar 1895.*

Eine kurze Kritik über die Arbeit von Guthrie (Lancet 3. November 1894), in welcher ein Fall von Paterson erwähnt wurde. ADOLPH BRONNER.

130) **Hasche. Anatomische Untersuchung eines Falles von ausgedehnter postdiphtheritischer Lähmung mit negativem Resultate.** *Münchn. med. Wochenschrift. No. 11. 1895.*

Der Fall beweist, dass auch die durch einen spezifischen Keim erzeugten Lähmungen bestehen können, ohne dass mikroskopisch eine Erklärung dafür in dem einen oder andern Sinne gefunden werden kann, wie umgekehrt post mortem Entzündungserscheinungen an Nerven und Muskeln gefunden werden, ohne dass Symptome irgend welcher Art im Leben bestanden. SCHECH.

131) **Nils Englund** (Schweden). **Die Diphtherie und ihre Behandlung. (Difteri och dess behandling.)** *Eira. 30. März 1895.*

Uebersichtsartikel. SCHMIEGELOW.

132) **T. Hubbard. Klinische Bemerkungen über die Behandlung und allgemeine Pflege der pseudomembranösen Laryngitis. (Clinical notes on the treatment and general management of pseudo-membranous laryngitis.)**

Im Allgemeinen sollen alle Fälle von pseudomembranöser Laryngitis so behandelt werden, als handelte es sich um echte Diphtheritis, wenn nicht durch bakteriologische Untersuchung diese letztere ausgeschlossen ist.

Verf. berichtet über 7 Fälle von Tracheotomie mit 3 Heilungen
und 24 „ „ Intubation „ 8 „

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

133) **F. Siegert. Die Diphtheriebehandlung an der Strassburger Universitäts-Kinderklinik und ihre Resultate von 1889—1894.** *Therapeut. Monatsh. 1895. März. Philad. Med. News. 13. April 1895.*

Die lokale Behandlung besteht in der Application einer Eiskravatte, in der Darreichung von Eisstückchen, Auflösung des Belags mittelst fibrinlösender Präparate (Papayotin 10.0, Aq. destill. 100.0, Acid. carbol. liq. 5.0 u. a. m.), in der mechanischen Entfernung desselben (Inhalation) und Desinfection des Krankheitsproductes bei dessen Entfernung.

Allgemeine Behandlung: Ueberernährung, sorgfältigste Warmhaltung, möglichste Unterlassung interner Medication.

Von 261 nicht tracheotomirten Diphtheriekranken starben 27 an complicirtem Croup, 7 an septischer Diptherie, 4 an Pneumonie, 1 an Tuberkulose und Nephritis, in Summa 38 = 14,6 pCt.

A. ROSENBERG.

134) **W. Grigoriew** (Moskau). **Das Antidiphtherin von Klebs. (Ob antidiphtherine Klebs'a.)** *Trudi obsch. dietsk. wratsch. Mosc. 1894.*

Versuche an 4 Pat. ergaben, dass das Antidiphtherin vollkommen wirkungslos ist. Ebensowenig wurde eine Verzögerung des Wuchses der Löffler'schen Bacillen bei 24stündiger Einwirkung des Antidiphtherin auf dieselben beobachtet.

LUNIN.

135) **Chas. G. Amende. Eine Behandlungsweise der Diphtherie nach antiseptischen Grundsätzen. (A treatment of diphtheria upon antiseptic principles.)** *N. Y. Med. Record. 26. Januar 1895.*

Verf. giebt Chinin innerlich und pinselt lokal mit Boroglycerid-, Alaun- und Kreosotlösung. Die Pinselungen geschehen zweistündlich oder öfter, beim Verschwinden der Membran werden sie nach und nach seltener angewendet. Den Hauptwerth jedoch misst Verf. dem Chinin bei, das in ziemlich grossen Dosen gegeben wird, bis die Temperatur normal ist. Verf. hat in den letzten 4 Jahren über 100 Patienten in dieser Weise behandelt und von diesen nur 3 verloren.

LEFFERTS.

136) **H. A. Hare. Zur Behandlung der Diphtheritis. (Treatment of diphtheria.)** *Therapeutic Gazette. 15. Januar 1895.*

Nichts Neues.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

137) **C. J. Troten. Die antiseptische Behandlung der Diphtheritis. (Antiseptic treatment of diphtheria.)** *N. Y. Med. Record. 9. Februar 1895.*

Eine Ergänzung seiner früheren Veröffentlichungen über diesen Gegenstand.

LEFFERTS.

138) **A. L. Mason. Medicamentöse Behandlung bei Diphtherie. (Medical treatment of diphtheria.)** *Boston Med. and Surg. Journal. 14. Februar 1895.*

139) **E. M. Buckingham. Dasselbe.** *Boston Med. and Surg. Journal. 14. Februar 1895.*

Nichts von besonderem Interesse.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

140) **S. Solis-Cohen. Guajacol örtlich angewendet als Prophylacticum gegen Diphtherie. (Guajacol topically as a prophylactic against diphtheria.)** *Phil. Med. News. 5. Januar 1895.*

Verf. empfiehlt den lokalen Gebrauch von Guajacol als eines möglichen, sogar wahrscheinlichen Prophylacticums gegen Diphtherie bei Pflegern von Diphtheriepatienten und bei Kindern anderer Familien in demselben Hause. Er weiss, wie schwer es ist, über den Werth eines Präventivmittels gegen eine Infectionskrankheit ein Urtheil zu gewinnen.

LEFFERTS.

141) **Kellogg. Terpenthin bei Diphtheritis. (Turpentine in diphtheria.)** *N. Y. Med. Record. 16. Februar 1895.*

Das Mittel muss in grossen Dosen und sehr lange fortgesetzt gegeben werden. Ein 2jähriges Kind verträgt 2stündlich 1 Theelöffel voll ohne nachtheilige Folgen. K. verwandte das Mittel in 19 Fällen und sah 11 Mal Heilung.

LEFFERTS.

142) **Catrin. Diphtheritische Angina. (Diphtheritic angina.)** *N. Y. Med. Record. 16. Februar 1895.*

C. empfiehlt 2—4stündliche Application von hypermangansaurem Kalium 1:200.

LEFFERTS.

143) **John Hamilton. Schwefel gegen Antitoxin in der Behandlung der Diphtheritis. (Sulphur vs. antitoxin in the treatment of diphtheria.)** *Lancet. 2. Februar 1895.*

In einem Falle trat unter der Schwefel-Behandlnng keine Besserung ein, jedoch sogleich nach Anwendung von Antitoxin.

ADOLPH BRONNER.

144) **W. H. Cuthbert. Schwefel gegen Antitoxin in der Behandlung der Diphtheritis. (Sulphur versus antitoxin in the treatment of diphtheria.)** *Lancet. 26. Januar u. 23. Februar 1895.*

Verf. meint, man habe die Schwefelbehandlung nicht genügend versucht: sie gebe ausgezeichnete Resultate.

ADOLPH BRONNER.

145) **Henry Taylor. Zur Behandlung der Diphtheritis. (The treatment of diphtheria.)** *Lancet. 16. Februar 1895.*

Locale Behandlung mit Eisenchlorid wird vom Verf. befürwortet.

ADOLPH BRONNER.

146) **B. R. Martin. Diphtheritis geheilt durch Insufflationen und Tabloids von Magnesiumsulfat. (A case of diphtheria successfully treated by insufflations and tabloids of pure sulphite of magnesium.)** *Lancet. 9. Februar 1895.*

Täglich 3—4 Insufflationen. Der Diphtheriebacillus war nachgewiesen worden.

ADOLPH BRONNER.

147) **W. Niall. Ein Fall von Diphtheritis geheilt durch Behandlung mit Magnesiumsulphat. (Case of diphtheria successfully treated by pure sulphite of magnesium.)** *Lancet. 23. Februar 1895.*

Diese Behandlungsweise wird gerühmt und einige mittelst derselben behandelte Fälle mitgetheilt.

ADOLPH BRONNER.

148) **J. C. Whiterspoon. Salzsäure bei Diphtheritis. (Hydrochloric acid in diphtheria.)** *Med. and Surg. Reporter. 2. März 1895.*

Verf. empfiehlt häufige Application einer 50procentigen wässrigen HCl-Lösung.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

149) **A. Luyten** (Amsterdam). **Die Behandlung der Diphtherie oder Angina strangulatoria. (De behandeling van diphtheritis of angina strangulatoria.)** Amsterdam. Albert de Lange. 1895. 50 S.

Die Behandlungsmethode, welche L. bereits vor 20 Jahren empfohlen, welche damals aber keine Beachtung gefunden hat, besteht in Abstinenz jeglicher localen Therapie und Anwendung kräftiger Dosen Laxantien, vorzugsweise Infus. fol. Sennae u. Cremor. tart., sodass mehrere Stühle täglich erzeugt werden. Es gelingt L., auf diese Weise jede Diphtherie, welche nur zeitig genug in Behandlung kommt, in wenigen Tagen zu heilen. H. BURGER.

150) **B. M. Cromwell. Die Quecksilberbehandlung (Calomeldämpfe) bei Kehlkopfdiphtherie und membranösem Croup. (Calomel fumigations in laryngeal diphtheria and membranous croup: treatment by mercury.)** *Maryland Med. Journal. 26. Januar 1895.*

C. berichtet über 3 durch Calomeldämpfe geheilte Fälle. Ausser diesen Dämpfen wurde noch ein Spray von Natrium benzoicum und Natr. biboracicum verwandt und 0,12 g Calomel 4stündlich innerlich gegeben.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

151) **Waxham. Diphtheritis. (Diphtheria.)** *N. Y. Med. Record. 16. Februar 1895.*

Verf. empfiehlt die Sublimation von 1,5—2,5 g Calomel, je nach dem Alter des Patienten 1, 2 oder 3stündlich zu wiederholen. LEFFERTS.

152) **Langes. Beitrag zur Localbehandlung der Diphtherie.** *Münchner medic. Wochenschr. No. 10. 1895.*

Nichts Neues. SCHECH.

153) **O. Medin** (Stockholm). **Ueber die Behandlung von Diphtheritis mit saurem Sublimatglycerin. (Om behandlingen af difteri med surt sublimatglycerin.)** *Hygiea. 1894. S. 641.*

Verf. empfiehlt Pinselungen mit folgender Lösung: 0,25 g Sublimat, 2,5 g Weinsäure, 50 g Glycerin. SCHMIEGELOW.

154) **Höring** (Stuttgart). **Pyoctanin gegen Diphtherie.** *Memorabilien. XXXIX. 1. 1895.*

Zu den früheren Mittheilungen kommt nun eine weitere sich auf 149 Fälle beziehende, bei welchen dieselben günstigen Resultate mit Pyoctanin erreicht wurden, wie in den früheren Fällen. SEIFERT.

155) **G. H. Mackenzie. Zur Behandlung der Diphtheritis. (Note on the treatment of diphtheria.)** *Lancet. 15. Januar 1895.*

In Fällen von Diphtheritis soll man intubiren; besonders sei dies bei der Serumbehandlung wichtig, da die Membranen sich dann so schnell lösen. Die Röhre braucht nur 20—30 Stunden liegen zu bleiben. ADOLPH BRONNER.

156) **B. W. Richardson. Tracheotomie und Diphtheritis. (Tracheotomy and diphtheria.)** *Philad. Med. News. 23. März 1895.*

R. schreibt der im Verlaufe von Diphtherie wegen Kehlkopfstenose ausgeführten Tracheotomie einen heilenden Einfluss auf die Infection selbst zu.

LEFFERTS.

157) **L. Gamgee. Bemerkungen über die Tracheotomie bei Kindern. (Some remarks concerning tracheotomy in children.)** *Birmingham Medical Review. März 1895.*

Von 25 Fällen waren 21 wegen Croup oder Diphtheritis operirt, 11 starben. Kurze Beschreibung der Operation und Nachbehandlung. ADOLPH BRONNER.

158) **Aievoli. Beitrag zur Crico-Tracheotomie beim Larynxcroup. (Contributo alla cricotracheotomia per croup laringeo.)** *Arch. Ital. di Lar. 1895. No. 1.*

Zwei Fälle ohne besonderes Interesse. TOTI.

159) **L. H. Munn. Intubation. (Intubation.)** *Kansas Med. Journal. 5. Januar 1895.*

Nichts Erwähnenswerthes. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

160) **W. B. Pusey. 107 Intubationen. (One hundred and seven intubations.)** *N. Y. Med. Record. 5. Januar 1895.*

Das Alter der Kinder variirte von unter 1 Jahr bis zu 9 Jahren. Die Fälle wurden nicht ausgewählt, einzelne Kinder waren fast moribund, als die Operation vorgenommen wurde. In keinem der Fälle, in denen die Intubation versagte, hätte von der Tracheotomie ein besserer Erfolg erwartet werden können. Von den 107 Fällen heilten 48 d. i. etwas über 44,8 pCt. LEFFERTS.

161) **Variot. Betrachtungen über die Intubation des Kehlkopfs bei Diphtherie. (Quelques réflexions sur le tubage du larynx dans la diphthérie)** *Journal de clin. infant. 24. Januar 1895.*

V. erkennt den Werth und die guten Resultate der Intubation wohl an, weist aber darauf hin, dass dieser Eingriff eine beständige Ueberwachung erfordert wegen der leichten Herausschleuderung der Tube, wegen der Gefahr ihrer Verstopfung u. s. w. Dadurch wird die Intubation für gewisse Fälle in der Privatpraxis unbrauchbar. A. CARTAZ.

162) **W. A. Morrison. Der Werth des Magenschlauchs für die Ernährung nach der Intubation — auf Grund der Beobachtung von 28 Fällen — und seine Anwendung bei postdiphtheritischer Lähmung. (The value of the stomach-tube in feeding after intubation, based upon 28 cases; also its use in post-diphtheritic paralysis.)** *Boston Med. and Surg. Journal. 7. Februar 1895.*

Verf. theilt Einzelheiten aus dem Verlauf seiner Fälle mit.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

c. Kehlkopf und Luftröhre.

163) **Eloy. Die Diagnose der Croup vortäuschenden Larynxzufälle. (Diagnostic des accidents laryngiens simulant le croup.)** *Journal des praticiens. 23. März 1895.*

Nichts Neues. LUC.

164) **Richard Lake. Ein Beitrag zur Pathologie der Kehlkopfpthise. (A contribution to the pathology of laryngeal phthisis.)** *American Journal of the Med. Scienc. April 1895.*

Der Nachweis von Tuberkelbacillen zwischen den intacten Epithelzellen ist Verf. nicht geglückt; dagegen fand er entsprechend der Gegenwart von Mikrococcen kleine epitheliale Abscesse; diese geben nach seiner Auffassung zur Ulceration Gelegenheit und dann erst greift die Infection mit Tuberkelbacillen Platz; das Ulcus wäre danach zuerst nicht tuberculös.

Die Behandlung soll dementsprechend danach streben, die Bakterien im Larynx überhaupt zu vernichten. A. LOGAN TURNER (P. MC. BRIDE).

165) **Mendel. Tuberculöse Laryngitis. (Laryngite tuberculeuse.)** *Annales de méd. 15. Februar 1895.*

Eine lehrreiche Vorlesung; nichts Neues. A. CARTAZ.

166) **Josephsohn** (Königsberg). **Ueber die Frühformen der tuberculösen Erkrankung des Larynx im Anschluss an einen Fall von primärer juveniler Kehlkopftuberculose.** Dissert. Königsberg. 1895.

In dem von J. mitgetheilten, aus der Klinik von Kafemann stammenden Falle handelte es sich um ein 18jähriges Mädchen mit Excrescenzen auf den Stimmbändern, welcher Process ursprünglich für chronische polypoide Laryngitis gehalten worden war. 2 Jahre später fanden sich bei dem Mädchen die ausgesprochenen Erscheinungen der Larynx- und Lungentuberculose, die nachträgliche histologische Untersuchung der früher excidirten Excrescenzen ergab, dass dieselben zweifellos schon tuberculöser Natur waren. Es ergiebt sich also auch aus diesem Falle die Nothwendigkeit der sofortigen histologischen Untersuchung excidirter Kehlkopfneubildungen. SEIFERT.

167) **J. P. Clark. Tuberculöse Kehlkopftumoren. (Tubercular tumours of the larynx.)** *American Journal of the Med. Sciences. Mai 1895.*

Verf. giebt eine Zusammenstellung der bisher publicirten Fälle, in denen die tuberculöse Erkrankung des Kehlkopfs unter der Form von Tumoren sich repräsentirte und fügt einen Fall von seiner Praxis hinzu. Es handelt sich um eine Frau von 31 Jahren ohne hereditäre Belastung und ohne nachweisbare Lungenerkrankung. Vor $3^1/_2$ Jahren war sie an einer Laryngitis erkrankt und seither bestand Heiserkeit. $1^1/_2$ Jahre nach dem Auftreten der Heiserkeit war ein Tumor

im Kehlkopf festgestellt wordeu. Derselbe war glatt, gestielt, mit Schleimhaut überkleidet, etwas gerötheter als die umgebenden Gewebe; er entsprang vom linken Taschenbande und bedeckte bei der Athmung das linke Stimmband und noch einen Theil des rechten. Der Tumor wurde mit der kalten Schlinge abgetragen; er zeigte bei der mikroskopischen Untersuchung eine Reihe feiner Knötchen mit Verkäsung und Riesenzellen.

$1^1/_2$ Jahr später zeigte der Larynx normalen Befund und die Pat. war in bester Gesundheit. A. LOGAN TURNER (P. MC. BRIDE).

168) **H. Claude. Subglottische Kehlkopftuberculose, Stenose und Intubation. (Tuberculose laryngée sous-glottique, sténose, intubation.)** *Bull. Soc. anatom. de Paris. 15. März 1895.*

Ein 14jähriges Mädchen wurde in das Spital aufgenommen mit Erscheinungen von Kehlkopfstenose und einer in Paroxysmen sich steigernden Dyspnoe. Ohne laryngoskopische Untersuchung wurde die Wahrscheinlichkeitsdiagnose auf Compression der Recurrensnerven durch erkrankte Drüsen gestellt. Da die Dyspnoe zunahm, wurde intubirt. Die Tube blieb 5 Tage liegen; während dieser Zeit ist der Larynx schmerzhaft, der Allgemeinzustand schlechter geworden. Die Kranke stirbt 3 Tage später in einem Erstickungsanfall; die schnell vorgenommene Tracheotomie kann sie nicht mehr in's Leben zurückrufen.

Bei der Section fand man eine Kehlkopftuberculose mit ausgedehnter Ulceration unterhalb der Stimmbänder bis herab zu den ersten Trachealringen; polypoide Wucherungen; die Lymphdrüsen stark geschwollen auf die Recurrensnerven drückend. A. CARTAZ.

169) **A. Rosenberg. Definitiv geheilter Fall von Kehlkopftuberculose.** *Berliner klin. Wochenschr. 1895. No. 7.*

Ein Patient, der im Jahre 1887 wegen ausgedehnter tuberculöser Ulcerationen im Kehlkopf mit Mentholöleinspritzungen behandelt und geheilt war, wird jetzt demonstrirt mit völlig vernarbten Defecten. LANDGRAF.

170) **Walter F. Chappell. Die Behandlung der Kehlkopftuberculose mittelst Application und submucöser Injection von Kreosot. Beschreibung einer automatischen Kehlkopfspritze zur Injection in die Submucosa. (The treatment of laryngeal tuberculosis by the application and submucous injection of creosote. Description of an automatic laryngeal syringe for making submucous injections.)** *N. Y. Med. Journal. 30. März 1895.*

Bei ulcerirender tuberculöser Laryngitis verwendet Ch. das Kreosot sowohl zu örtlicher Aufpinselung wie zur submucösen Injection. Diese letztere soll möglichst oberflächlich stattfinden, da die primären Tuberkel direct unter dem Epithel liegen. Es wird vorher durch Cocain Anästhesie erzielt. Den Nutzen, der von dieser combinirten Kreosotanwendung zu erwarten ist, schildert Verf. folgendermaassen:

1. Dysphagie, Dysphonie, das Gefühl von Wundsein im Kehlkopf und der Husten in den ersten Stadien der Kehlkopftuberculose werden gebessert.

2. In manchen Fällen verschwinden nach andauernder Behandlung Infiltrate und Hypertrophien, der Erfolg ist um so schneller, je früher die Behandlung beginnt.

3. Bei vorschreitender Lungenerkrankung kann eine zeitige Behandlung die Affection des Larynx noch verhüten oder doch aufhalten und begrenzen.

4. Einzelne tuberculöse Geschwüre, die nicht zu tief oder zu umfangreich sind, können heilen.

5. In den ulcerativen Stadien werden Husten und Auswurf verringert, die Abstossung nekrotischen Gewebes beschleunigt, die Granulationen angeregt und der Geruch der Secretion verringert.

Verf. berichtet über 7 Fälle, die er nach dieser Methode behandelt hat.

LEFFERTS.

171) **J. W. Gleitsman. Die moderne Behandlung der Kehlkopf- und Lungentuberculose. (Modern treatment of laryngeal and pulmonary tuberculosis.)** *N. Y. Med. Record. 6. April 1895.*

Ein praktisch gehaltenes Resumé über den heutigen Stand der Tuberkelbehandlung. Nichts Neues. **LEFFERTS.**

172) **Carl von Ruck. Die moderne Therapie der Kehlkopf- und Lungentuberculose. (Modern treatment of laryngeal and pulmonary tuberculosis.)** *N. Y. Med. Record. 6. April 1895.*

Verf. betont den Werth der Allgemeinbehandlung; sie muss gleichsam der Grund sein, auf dem die symptomatische und direkte Behandlung sich aufbaut. Hauptprincip derselben soll jederzeit und unter allen Umständen sein; „Sicherung und Aufrechterhaltung des höchstmöglichen Grades allgemeiner und lokaler Ernährung". Ueber die Kehlkopftuberculose speciell wird in dem ganzen Artikel nichts gesagt. **LEFFERTS.**

173) **C. P. Ambler. Die chirurgische Behandlung der tuberculösen Laryngitis. (Surgical treatment of tubercular laryngitis.)** *N. Y. Med. Record. 20. April 1895.*

Es ist zu hoffen, dass die neueren therapeutischen Bestrebungen gegenüber den Bakterienkrankheiten auch der Tuberculose zu Gute kommen werden; aber selbst wenn die höchsten Erwartungen sich erfüllen, wird nach Verf.'s Ansicht die Larynxtuberculose noch häufig genug wegen der stenotischen Erscheinungen chirurgische Eingriffe benöthigen. **LEFFERTS.**

174) **Pollnow** (Königsberg). **Beiträge zur chirurgischen endolaryngealen Behandlung der tuberculösen Epiglottis.** Dissert. Königsberg. 1895.

Um die bei der Larynxtuberculose miterkrankte Epiglottis erfolgreich behandeln zu können (Milchsäureeinreibungen, Elektrolyse) ist es nöthig, die Epiglottis zu heben und dem dem Instrument allzuleicht entschlüpfenden Organ einen festen Stützpunkt zu geben, damit die nothwendigen Eingriffe auch mit dem nöthigen Nachdruck vorgenommen werden können. Ein von Kafemann constru-

irtes und von Pollnow beschriebenes Instrument vereinigt Kehlkopfspiegel und Stützapparat für die Epiglottis.

SEIFERT.

175) **Barth** (Berlin). **Vorstellung eines Falles von primärem Kehlkopflupus.** *Berliner klin. Wochenschr. 1895. No. 22.*

21jährige Patientin, heiser seit Herbst 1894. Gesunde innere Organe. Gesunde Nasen- und Rachenschleimhaut. Epiglottis zum grössten Theil defekt; der Rest mit stecknadelknopfgrossen, röthlichen Knoten besetzt, ebenso die hintere Larynxwand und das geschwollene rechte Taschenband. Unter Tuberculinbehandlung zerfiel der grösste Theil der Knötchen und machte Geschwüren Platz.

LANDGRAF.

176) **Jakins. Lungentuberculose complicirt mit Epitheliom des Kehlkopfs. (Pulmonary tuberculosis complicated by epithelioma of the larynx.)** *Phil. Med. News. 6. April 1895.*

Ein 33jähriger Schullehrer, der ein Epitheliom des Rachens mit ödematöser Schwellung des Aryknorpels, besonders des linken, und Ulceration des linken Stimmbandes hatte, starb; bei der Section fand sich Tuberculose der rechten Lunge.

LEFFERTS.

177) **Moritz. Verwachsung der Stimmbänder. (Agglutination of the vocal cords.)** *Brit. Med. Journal. 23. März 1895.*

Die Frau von 24 Jahren hatte seit 6 Monaten Dyspnoe. Lues. Tracheotomie. Nach Incisionen erfolgten immer von Neuem Verwachsungeu. Es soll jetzt die Intubation versucht werden. Der Fall wurde in der Manchester Medical Society vorgestellt.

ADOLPH BRONNER.

178) **Schultzen** (Berlin). **Demonstration dreier Fälle von Larynxstenosen.** *Berl. klin. Wochenschr. 1895. No. 21.*

Einmal handelte es sich um Stenose nach Typhus — eitrige Perichondritis, einmal um Lues. einmal um Selbstmordversuch.

LANDGRAF.

179) **Corradi. Neue Methode zur instrumentellen Behandlung der Larynxstenosen. (Nuovo metodo per la cura strumentale delle stenosi della laringe.)** *Riv. Ven. Sc. Med. 1895. 6.*

C. empfiehlt Laminariastifte von unten nach oben mittetst eines vorher durch die Stenose gezogenen Fadens einzuführen. Die Methode soll jedem Arzte zugänglich sein.

TOTI.

180) **Aronson. Bemerkungen über einen Fall von Schnitt durch die Kehle mit Nähten behandelt mit Heilung per primam. (A case of cut-throat involving the larynx treated by suturing. Complete primary union; remarks.)** *Lancet. 2. Februar 1895.*

Beschreibung eines Falles.

ADOLPH BRONNER.

181) **C. P. Ambler. Perichondritis der Kehlkopfknorpel. (Perichondritis of the laryngeal cartilages.)** *N. Y. Med. Journal. 4. Mai 1895.*

Verf. berichtet über 4 Fälle und giebt Abbildungen des laryngealen Befundes; nichts Neues.

LEFFERTS.

182) **J. B. Eastman. Ein Fall von Fractur des Schildknorpels, geheilt ohne Tracheotomie. (A case of fracture of the thyroid cartilage. Recovery without tracheotomy.)** *Journal Am. Med. Assoc. 2. Februar 1895.*

Der Pat. war von einem Stück Holz am Halse getroffen worden; es trat danach eine fast vollständige Aphonie, Dysphagie und Husten mit heftigem Schmerze ein. Die Athmung war nicht gestört und es wurde deshalb trotz der anderen schweren Symptome beschlossen, die weitere Entwicklung abzuwarten. 5 Tage lang konnte der Pat. nur flüsternd sprechen und noch jetzt, nach 24 Tagen, ist die Stimme schwach. Es ist dies durch die noch immer abnorme Beweglichkeit der rechten Schildknorpelplatte erklärt.

Von den 30 Fällen von Fractur des Schildknorpels, die Durham zusammengestellt hat, heilten nur 10, davon die Mehrzahl nach der Tracheotomie; die meisten Autoren halten auch eine Verzögerung der Operation für unerlaubt.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

183) **Thomas J. Harris. Fractur des Kehlkopfs; mit einer Krankengeschichte. (Fracture of the larynx, with report of case.)** *Philad. Med. News. 23. Februar 1895.*

Bis 1866 war Wenig oder Nichts über den Bruch des Kehlkopfknorpel bekannt. 1866 konnte Hunt nur 29 Fälle dieses Leidens zusammenstellen. Zwei Jahre später berichtete Henecque über 52 Fälle. Eine genaue Durchforschung der Literatur seit Durham (1881), der die Anzahl der Fälle auf 62 brachte, befähigte Haris 30 weitere Fälle, einschliesslich seines eigenen, zusammenzustellen.

Sonderbar erscheint es gegenüber diesen statistischen Verhältnissen, dass Lane (London) 1885 in seiner bekannten Arbeit nachwies, dass von 100 im Sectionssaal untersuchten Fällen 9 eine Fractur des Larynx aufwiesen.

Prognose: Die Fractur des Kehlkopfs ist stets als eine sehr verhängnissvolle Affection angesehen worden. Unter Durham's 62 Fällen betrug die Mortalität 88 pCt.; Albert fand eine Mortalität von 80 pCt., Fisher unter 71 Fällen 78 pCt. und Guert unter 68 Fällen 70 pCt. Mortalität.

Bruch des Schildknorpels ist das gewöhnliche Vorkommniss und gilt als am günstigsten bezüglich der Wiederherstellung. Der Bruch des Ringknorpels ist nach dem übereinstimmenden Urtheil aller Autoren ausnahmslos letal.

Bei den 30 von H. gesammelten Fällen stellen sich die Verhältnisse sehr viel günstiger. Die Gesammttodeszahl beträgt nur 30 pCt. Noch ermuthigender ist die Thatsache, dass unter den 30 Fällen 5 Fracturen des Cricoidknorpels mit 4 Heilungen = 80 pCt. und 5 Fälle von multipler Fractur (Schild- und Ringknorpel) mit 2 Heilungen = 40 pCt. sich befinden. Der Rest von 20 Fällen sind 19 Fracturen des Schildknorpels mit 80 pCt. Heilung und 1 letal endigender Fall von Bruch des Zungenbeins.

Dieses Resultat steht in guter Uebereinstimmung mit der Versicherung Lane's, dass die Mortalität erheblich überschätzt werde.

Unter den 30 Fällen von H. sind mit Einschluss seiner eigenen Beobachtung 6 Fälle, in denen nicht das gewöhnliche klinische Bild mit starker Dyspnoe und Emphysem bestand, sondern die Patienten sich selbst erst geraume Zeit nach dem

Unfall mit den unbedeutenderen Störungen vorstellten; so ein Patient von Morgenthau 3 Wochen nachher mit Heiserkeit, Barling's Pat. 6 Tage nachher mit Heiserkeit, Masucci's nach 8 Tagen und 2 Fälle von Sajous nur mit Klagen wie bei Laryngitis.

Alle Autoren rathen zur Tracheotomie, wenn drängende Symptome vorliegen. Neuerdings ist die Oeffnung des Kehlkopfs und die Einrenkung der Fragmente, sowie auch die Enführung des O'Dwyer'schen Tube empfohlen worden. Interessant ist in dieser Hinsicht das Studium der 30 von H. zusammengestellten Fälle. Unter diesen 30 wurde die Tracheotomie und Laryngotomie in 11 Fällen = 36 pCt. gemacht; in 19 = 64 pCt. unterblieb sie. Von den 11 Tracheotomirten starben 2 = 18 pCt., von den 19 anderen 7 = 30 pCt. Unter diesen letzteren waren 11 Fracturen des Thyroid mit 2 Todesfällen = 18 pCt. und 3 Fracturen des Cricoid mit 1 Todesfall = 33 pCt.

LEFFERTS.

184) **Joál. Zur Casuistik der Larynxfracturen.** *Münchner med. Wochenschrift. No. 13. 1895.*

Durch den Hufschlag von Pferden verursachte Fractur des Schild- und Ringknorpels; Oedem des rechtseitigen Aryknorpels und Lig. aryepigl. Unbeweglichkeit des rechten Stimmbandes in Abduction. Tracheotomie. Heilung. Noch $1^3/_4$ Jahre später stand der rechte Aryknorpel stark nach vornüber geneigt und tiefer als der linke, weshalb J. glaubt, dass es sich um eine gleichzeitige Luxation des Aryknorpels handelte.

SCHECH.

185) **J. Lockhart Gibson** (Brisbone, Queensland). **Zwei Fälle von Eindringen von Maiskörnern in die tieferen Luftwege. (Two cases of maize corn in the lower air passages.)** *Australian Med. Gazette. 15. Februar 1895.*

Der erste Fall betraf einen Knaben von 5 Jahren; die anamnestischen Angaben liessen erkennen, dass ein Fremdkörper seit 8—9 Wochen bereits in den tieferen Luftwegen des kleinen Patienten stecke. Die Tracheotomie wurde durch einen stark entwickelten Isthmus der Schilddrüse ausserordentlich erschwert. Der Fremdkörper wurde bei Eröffnung der Luftröhre nicht gefunden. Als nach 2 Tagen die Canüle herausgenommen wurde, kam ein Maiskorn mit zum Vorschein. Die Symptome hatte auf den linken Bronchus als Sitz des Fremdkörpers hingewiesen.

Fall 2 betrifft ein Mädchen von 3 Jahren und 2 Monaten, das beim Kauen von Mais einen Erstickungsanfall gehabt hatte; auch hier lagen Erscheinungen von Verschluss des linken Bronchus vor. Die Tracheotomie wurde am 7. Krankheitstage gemacht; man fand nichts. 3 Tage nachher wurden einige harte granuläre Körperchen, die Stärkereaction gaben, durch die Canüle ausgestossen. Das Kind genas.

A. T. BRADY.

186) **James Carslaw. Fremdkörper in den Luftwegen. Tracheotomie. Pneumothorax. Heilung. (Foreign body in the air passages. Tracheotomy. Pneumothorax. Recovery.)** *Glasgow Medical Journal. April 1895.*

Ein 8jähriges Kind hatte einen Kirschkern inspirirt; die physicalischen Zeichen wiesen darauf hin, dass derselbe rechts in den tieferen Luftwegen stecke.

Es wurde an dem folgenden Tage die tiefe Tracheotomie gemacht, von dem Fremdkörper aber nichts gefunden. Nach der Operation trat ein erhebliches chirurgisches Emphysem am Halse ein; es folgten Fieber, Husten, Auswurf und schliesslich wurde auf der linken Seite ein bedeutender Pneumothorax constatirt. Die Canüle wurde zeitweise entfernt und während einer solchen Periode wurde der Kirschkern durch die Glottis ausgehustet, 5 Wochen nach dem Unfall. Das Kind genas nun allmählich, alle Erscheinungen gingen zurück.

Verf. erörtert am Schluss die Frage nach der Ursache des Pneumothorax. Er glaubt, dass das Emphysem, das nach der Operation entstand, sich in das Mediastinum und von dort in den linken Pleuraraum ausgebreitet hat, obgleich ein Grund für den Durchbruch in die Pleura nicht evident ist.

A. LOGAN TURNER (P. MC. BRIDE).

187) **A. H. Meisenbach. Fremdkörper im Kehlkopf. (Foreign bodies in the larynx.)** *Med. Fortnightly. 1. März 1895.*

2 Fälle, beide durch die Tracheotomie geheilt. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

188) **Felix Semon. Praktische Bemerkungen über Fremdkörper in den oberen Luft- und Speisewegen und die Principien ihrer Entfernung. (Some practical remarks on foreign bodies in the upper air and feed passages and on the principles of their removal.)** *Med. Chronicle. April 1895.*

Verf. weist darauf hin, dass gerade im Hals das Gefühl von Fremdkörpern häufig längere Zeit persistirt, nachdem der Fremdkörper entfernt worden ist. Man solle zuerst bei gutem Licht untersuchen und nicht zuerst mit dem Finger nach dem Fremdkörper suchen. Der Fremdkörper solle sobald als möglich entfernt werden, und man soll niemals versuchen, denselben, wenn er spitzig oder uneben ist, nach unten zu drücken. In manchen Fällen hilft Inversion auf den Kopf mit starkem Schütteln des Patienten.

Wenn der Fremdkörper in der Nase sitzt, solle man ihn mit dünner Pincette zu packen suchen und nicht von dem anderen Nasenloche aus Wasser einspritzen, da hierdurch das Ohr leicht beschädigt werden kann. Verschiedene interessante Fälle werden erwähnt. ADOLPH BRONNER.

189) **Kobler** (Sarajewo). **Ueber Fremdkörper in den Bronchien und die durch sie veranlassten Folgezustände.** *Wiener klin. Rundschau. 1895. No. 12, 13, 14, 15, 16, 17 und 18.*

Nach statistischen Angaben und Literaturstudien bringt K. Bekanntes über Art der Fremdkörper, ihr Eindringen in die Bronchien, Einfluss der Individualität (mangelnde Reflexe etc.), über die Vorliebe für den rechten Bronchus (der steiler, weiter und stärker aspirationsfähig ist als der linke) etc. Die Diagnose stützt sich auf Schmerz im Thorax (sehr wechselnd), auf besondere Athmungsgeräusche in den Bronchien, auf den Nachweis von Schwirren, Besinnungslosigkeit bei rasch eintretendem Verschlusse eines Bronchus, auf Aufhebung der Athmung einer Thoraxseite, auf Nachweis der Bronchostenose, auf Hämoptoë (unsicher) etc.

Die Folgen sind oft Bronchitis, Pneumonie, Gangrän, Eiterung der Lungen, Neuritis etc., da den Fremdkörpern gewöhnlich pathogene Keime anhaften. Auch

Bronchiectasie kann sich anschliessen und überhaupt andere Lungen- oder Mediastinalleiden, welche nicht selten erst nach Jahren zum Tode führen. Da viele der Kranken nichts von dem fremden Körper wissen, kann die Diagnose oft nicht gestellt werden. Kobler räth daher besonders solche einseitigen Thoraxerkrankungen auf die Möglichkeit der Entstehung durch Fremdkörper zu untersuchen.

Als Therapie ist nur selten ein Brechmittel bei geeigneter Form des Fremdkörpers, sehr häufig ruhiges Zuwarten und bei drohenden Erscheinungen Tracheotomie mit sorgfältiger Beleuchtung der Trachea behufs Extraction des Fremdkörpers angezeigt (Pieniaczek). Jedenfalls muss strenge Individualisirung platzgreifen.

CHIARI.

190) **W. B. Rogers. Larynge-Tracheotomie wegen Fremdkörper. (Laryngo-Tracheotomy for foreign bodies.)** *Memphis Med. Monthly. März 1895.*

Klinische Vorstellung zweier erfolgreich operirter Fälle.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

191) **Hugh H. Young. Tracheotomie unter drängenden Umständen. (Tracheotomy in emergencies.)** *N. Y. Med. Journal. 27. April 1895.*

Verf. berichtet über einen Fall, in dem ein gewöhnliches Glasrohr als Tracheotomiecanüle benutzt wurde. In der Flamme einer Lampe wurde das Rohr schnell gebogen und an beiden Enden abgestumpft. Um ein Brechen des Glases zu vermeiden, wurde das Rohr mit einem Faden umwickelt. Gehalten wurde die Tube durch ein schnell zurechtgeschnitztes Kreuz von Holz, in das die nothwendigen Löcher hineingeschnitten wurden.

LEFFERTS.

192) **Tsakiris. Ueber ein neues Verfahren zur Intubation des Kehlkopfs. (Sur un nouveau procédé d'intubation du larynx.)** *Gaz. des hôpit. 14. Mai 1895.*

Eine Modification der O'Dwyer'schen Röhren und der Extractionszange; die Tuben sind aus Aluminium.

A. CARTAZ.

193) **Wm. Hales. Aussergewöhnliche Intubation. (Extraordinary intubation.)** *N. Y. Med. Record. 9. Februar 1895. N. Y. Med. Journ. 16. Februar 1895.*

Der erste Fall betrifft ein asphyctisches Kind von 2 Jahren, bei dem nach der Intubation eine Embolie in die Arteria poplitea eintrat, welche zur Gangrän führte und die Amputation des Beines nöthig machte. Es wurde angenommen, dass der Embolus von einem weissen Herzthrombus, wahrscheinlich an der Aortenklappe, stammte und dass dieser die Herz- und Athemstörungen verursacht hatte.

Der zweite Fall betrifft einen Typhuskranken, der im Laufe der Krankheit stark dyspnoisch wurde. Es wurde die Intubàtion versucht, aber davon Abstand genommen, da es sich herausstellte, dass ein Narbengewebe mit Zerstörung des rechten Aryknorpels und des rechten Stimmbandes vorlag. Die Asphyxie wurde dann durch die Tracheotomie beseitigt. O'Dwyer u. A. bestätigten später die Diagnose.

LEFFERTS.

194) **D. C. Lewinthal. Ein neuer Einführer und Extractor für die Intubation des Kehlkopfs. (A new introductor and extractor for intubating the larynx.)** *N. Y. Med. Record. 15. Juni 1895.*

Die dem Artikel beigegebenen Abbildungen veranschaulichen die Anwendungsweise des von L. empfohlenen Instrumentes, das einfacher und dementsprechend brauchbarer und billiger sein soll als das bisher gebräuchliche.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

f. Schilddrüse.

195) **Schein** (Wien). **Das Schilddrüsensecret in der Milch.** *Wiener medicin. Wochenschr. 1895. No. 12, 13 u. 14.*

Bei angeborenem Mangel der Schilddrüse bleiben die üblen Folgen solange aus, als die Nahrung blos aus Milch besteht. Diese 4 mal beobachtete Thatsache lässt sich nur so erklären, dass in der Milch das Secret der Schilddrüse enthalten ist, da das Vicariiren der Thymus und Hypophysis sowie eine einfache Verspätung des Ausbruches des Myxödems bei Kindern nicht anzunehmen ist.

Ferner kommt es bei Frauen in Folge der Lactation manchmal zu Tetanie, was auf Uebergang des Schilddrüsensecretes in die Milch zurückzuführen ist.

Dadurch erklärt sich endlich die Heilkraft der Milchdiät bei Struma, Tetanie, sporad. Cretinismus und Myxödem.

CHIARI.

196) **Christiani** (Genf). **Wirkungen der Thyreoidectomie bei den Schlangen. (Effets de la thyreoidectomie chez les serpents.)** *Revue méd. de la Suisse romande. No. 1. 1895.*

Die an 32 Schlangen ausgeführte Operation gelang an 22 derselben ohne zu grosse Blutungen und nur diese letzteren wurden der weiteren Beobachtung unterzogen. Der Schilddrüsenkörper ist bei diesen Thieren stark adhärent an die grossen Gefässe, ohne Lappung, und seitlich von der Trachea mehr über dem Herzen gelegen, daher die Entfernung schwierig. Nur ein einziges Thier zeigte kleine spastische Erscheinungen, aber alle starben zwischen dem 4. und 27. Tage. Verhalten ähnlich wie bei den vom Verf. schon experimentirten Eidechsen (s. d. Bl. früher). Ueber gleichartige Experimente an Giftschlangen, z. B. Vipern, wird Verf. später berichten.

JONQUIÈRE.

197) **v. Bardeleben** (Berlin). **Fall von Strumitis.** *Berliner klin. Wochenschr. 1895. No. 22.*

Ein 24jähriges Mädchen will seit 4 Jahren an Kropf leiden. Am 12. 11. 94 erkrankte sie plötzlich mit Kopfschmerz, Schüttelfrost und zugleich wurde der Kropf schmerzhaft und fühlte sich heiss an. Bei der Aufnahme am 13. 11. Zeichen einer fieberhaften Allgemeinerkrankung. 39,2. Puls 120, leichter Icterus, im Urin wenig Albumen und Gallenfarbstoff. Druckempfindliche, undeutlich fluctuirende Geschwulst an der rechten Halsseite. Am 1. 12. Operation, Auslösung des rechten Lappens. In seiner lateralen Hälfte ein grosser Abscess mit eigener

Kapsel. Der Eiter war steril. Am 20. 12. völlig geheilt entlassen. Nach einer Zusammenstellung von Tavel ist etwa nur der 10. Abscess in einer Struma frei von Bacterien.

LANDGRAF.

198) **Jeanselme. Infectiöse Thyreoiditis und Strumitis. (Thyreoidites et strumites infectieuses.)** *Gaz. des hôpitaux. 2. Februar 1895.*

Eine allgemeine Uebersicht über die verschiedenen Affectionen, in deren Gefolge infectiöse Entzündungen der Schilddrüse vorkommen. Die Infection ist für den Verf. die einzige und wahre Ursache jeder Thyroiditis, ob diese bei Typhus, im Puerperium, bei Erysipel oder wo immer eintritt. J. bespricht die verschiedenen Symptome der Affection und studirt ihre hauptsächlichen Formen: die latente Form, die abscedirende mit oder ohne Compression, die dissecirende, die gangränöse Form. Die Literaturangaben, die J. der Arbeit beigiebt, sind sehr vollständig.

A. CARTAZ.

199) **H. Mygind. Thyroiditis acuta simplex.** *Journal of Laryngology. März 1895.*

Vortrag, gehalten in der Kopenhagener Medicinischen Gesellschaft; wird an anderer Stelle referirt.

ADOLPH BRONNER.

200) **C. Smeeton. Thyroiditis acuta nach Influenza. (Acute bronchocele following influenza.)** *Brit. Med. Journ. 18. Mai 1895.*

3 Tage nach dem Schwinden des Fiebers der Influenza schwoll die ganze Schilddrüse an. Haut geröthet; geringe Dyspnoe. Priessnitz-Umschlag und Salicyl-Säure. Besserung nach einigen Tagen.

ADOLPH BRONNER.

201) **P. O. Browne. Acute Thyroiditis nach Influenza. (Acute bronchocele following influenza.)** *Brit. Med. Journ. 8. Juni 1895.*

Es wurde incidirt und eine klebrige gelbliche Flüssigkeit entleert. Nach 13 Monaten bestand noch Ausfluss aus der Wunde.

ADOLPH BRONNER.

202) **J. Kiffen. Acute Thyroiditis nach Influenza. (Acute bronchocele following influenza.)** *Brit. Med. Journ. 22. Januar 1895.*

Frau von 42 Jahren. Heilung nach 4 Tagen.

ADOLPH BRONNER.

203) **J. H. Thompson. Ein ungewöhnlicher Fall von Affection der Schilddrüse. (An unusual case of thyroid disease.)** *Lancet. 18. Mai 1895.*

Patient hatte 6 Anfälle von starker Aufregung mit Delirien. Jedesmal ging eine Anschwellung der Schilddrüse voraus.

ADOLPH BRONNER.

204) **A. L. Prins** (Utrecht). **Ueber den Einfluss des Jods auf die Schilddrüse in Verband mit der Injectionstherapie des Kropfes.** Inaug.-Dissertat. Freiburg. Utrecht. 1895.

Historische Uebersicht des Einflusses des Jods auf die Struma und auf die normale Schilddrüse.

Mittheilung einer Reihe experimenteller Versuche, welche den Zweck hatten, die mikroskopischen Veränderungen nach der Einspritzung von Jodtinctur und

Jodoformätheremulsion in die Schilddrüse junger Katzen zu bestimmen. Verf. kommt zu folgenden Schlüssen:

1. Der Effect der Injection einer kleinen Quantität Jodtinctur in die Schilddrüse ist im Wesentlichen wie derjenige ihres Hauptbestandtheils, des Alcohols.
2. Eine kleine Quantität Jodoformlösung in die Schilddrüse gebracht, verursacht eine ausgedehnte Coagulationsnekrose ihres Parenchyms.
3. Nach Jodoformeinwirkung auf die Schilddrüse zeigen die Parenchymzellen keine fettige Degeneration.
4. Das Jodoform hat keinen resorbirenden Einfluss auf die colloïde Substanz.

H. BURGER.

205) **Ostermayer** (Budapest). **Beiträge zur operativen Behandlung des Kropfes mit Berücksichtigung des gegenwärtigen Standes derselben in Ungarn.** *Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie. 41. Bd. 1—3. 1895.*

Bericht über 4 Strumektomieen. Der Verf. spricht seine Verwunderung aus, dass in Ungarn diese Operation so selten vorgenommen wird und drückt die Hoffnung aus, dass man sich daran machen wird, auch in Ungarn die Kropfgebiete ausfindig zu machen und die Häufigkeitszahl der Kropfkrankheit je nach den einzelnen Territorien festzustellen.

SEIFERT.

206) **L. van't Hof** (Rotterdam). **Morbus Basedowii, eine pathologische Schreckensreaction. (Morbus Basedowii, een pathologische schrickreactie.)** *Ned. Tijdschr. v. Geneesk. 1895. I. No. 15.*

Ein Fall von Basedow'scher Krankheit, in welchem Verf. einen ungünstigen Einfluss von einer intercurrenten Gravidität auf den Krankheitsverlauf beobachtete. Auch will er für die eingetretene Frühgeburt den Morbus Basedowii verantwortlich machen.

H. BURGER.

207) **Hugh T. Patrick. Das Bryson'sche Symptom beim Morbus Basedowii; mit einem Bericht über 40 Fälle. (The Bryson symptom in exophthalmic goitre with a report of forty cases.)** *N. Y. Med. Journal. 9. Februar 1895.*

Verf. kommt zu dem Schlusse, dass das Bryson'sche Symptom zwar bei einer grossen Zahl von Fällen von Basedow'scher Krankheit vorhanden ist, jedoch in keiner Weise pathognomonisch für diese Krankheit, ja nicht einmal besonders wichtig ist; es hat keine besondere Bedeutung für die Prognose, die Pathologie, den Sitz der Erkrankung oder die Therapie und darf nur als eine unter der grossen Zahl von Erscheinungen gelten, die alle in gleicher Weise von dem Allgemeinzustand abhängen. Die französische Bezeichnung als Cachexia exophthalmica ist darum gerade so am Platze wie jede andere.

LEFFERTS.

208) **W. Baldwin. Einige Fälle von Morbus Basedowii mit späterer Atrophie der Schilddrüse. (Some cases of Graves' disease succeeded by thyroid atrophy.)** *Lancet. 15. Januar 1895.*

Bei 4 Fällen von Morbus Basedowii mit Hypertrophie der Schilddrüse trat später Atrophie der Drüse ein mit ausgesprochenen Symptomen von Myxödem. Besserung durch Thyroid-Extract.

ADOLPH BRONNER.

209) **Frank D. Boyd. Bericht über einen geheilten Fall von Basedow'scher Krankheit. (Report of a case of exophthalmic goitre — treatment — recovery.)** *N. Y. Med. Record. 30. März 1895.*

Nichts von Bedeutung. LEFFERTS.

210) **Chibret. Natrium salicylicum bei Basedow'scher Krankheit. (Sodium salicylate for exophthalmic goitre.)** *Philad. Med. News. 2. März 1895.*

Verf. benutzte das salicylsaure Natrium in 4 Fällen von Basedow'scher Krankheit mit gutem Erfolge. Er gab in 24 Stunden 4,5 g in gleichen Theilen stark mit Wasser verdünnt. LEFFERTS.

211) **Owen. Die Behandlung Basedow'scher Krankheit mit Thymusdrüse. (The treatment of exophthalmic goitre with thymus gland.)** *Philad. Med. News. 13. April 1895. Brit. Med. Journal. No. 1781. p. 361.*

Bericht über einen Fall von Basedow'scher Krankheit von 20jähriger Dauer, bei dem eine deutliche Besserung eintrat nach Darreichung einer Substanz, die für Schilddrüse gehalten worden war, die sich aber bei näherer Untersuchung als Thymusdrüse herausstellte. Beim Aussetzen der Drüsendarreichung begannen die Symptome wieder stärker hervorzutreten und nach Wiederaufnahme der Medication erfolgte von Neuem Besserung. Ein Lappen des cervicalen Theiles der Thymus wurde drei- oder viermal in der Woche verabreicht. LEFFERTS.

212) **Mikulicz** (Breslau). **Ueber Thymusfütterung bei Kropf und Basedow'scher Krankheit.** *Berliner klin. Wochenschr. 1895. No. 16.*

M. erörtert zunächst die Theorien, die Wirkung der Thyreoidea bei Kropf und Myxödem, deren Wiedergabe zu weit führen würde. Da der Thymusdrüse eine gewisse Verwandtschaft mit der Thyreoidea inne wohnt, versuchte M. in 11 Fällen diese beim Kropf. Der Erfolg war ebenso, wie bei Thyreoideafütterung. Nebenerscheinungen traten nicht ein. LANDGRAF.

213) **B. C. Gowan. Myxoedem und seine Stellung zum Morbus Basedowii. (Myxoedema and its relation to Graves' disease.)** *Lancet. 23. Februar 1895.*

In zwei Fällen von Morbus Basedowii trat nach Heilung der Krankheit in kurzer Zeit Myxödem auf. ADOLPH BRONNER.

g. Oesophagus.

214) **Vitrac. Miliare Aneurysmen des Oesophagus. (Aneurysmes miliaires oesophagiens.)** *Journ. de méd. de Bordeaux. No. 13. 31. März 1895.*

Verf. legt den Oesophagus einer alten Frau vor, in dem 3 miliare Aneurysmen unter der Schleimhaut der hinteren Wand sich entwickelt haben. An mikroskopischen Schnitten sieht man Höhlen mit Blutgerinnsel erfüllt; dies sind geheilte Aneurysmen. A. CARTAZ.

215) **Buss** (Bremen). **Zur Aetiologie der Oesophagusstricturen, zugleich ein Beitrag zur Entstehung des Pneumothorax durch innerliches Trauma.** *Deutsche med. Wochenschr. 1895. No. 23.*

Die Strictur war bedingt durch Verwachsung des Oesophagus mit verkästen, schiefrig indurirten Lymphdrüsen, von denen aus ein Durchbruch in den Oesophagus mit nachfolgender Stricturbildung entstanden war. Die von anderer Seite forcirte Sondirung der Strictur hatte zur Perforation in die rechte Pleurahöhle geführt.

LANDGRAF.

216) **Albrecht** (Wien). **Alveoläres Sarcom von Bohnengrösse an einem 2 cm langen Stiele von der rechten Oesophaguswand knapp über dem unteren Schildknorpelrande ausgehend.** Demonstrirt in der Gesellschaft der Aerzte in Wien am 26. April 1895. — *Wiener klin. Wochenschr. 1895. No. 18.*

Das Präparat stammt von einem alten Mann, der an Pneumonie verstorben war. Beschwerden scheint der Tumor nie gemacht zu haben.

CHIARI.

217) **Leech** und **Grosvenor**. **Epitheliom des Oesophagus mit Perforation in die Trachea. (Epithelioma of the oesophagus with perforation into the trachea.)** *Brit. Med. Journal. 6. April 1895.*

Seit 3 Jahren Schmerzen im Hals und seit 2 Jahren Schluckbeschwerden. Demonstration der Präparate in der Pathological Society of Manchester.

ADOLPH BRONNER.

218) **v. Hacker** (Wien). **Ueber Magenoperationen bei Carcinom und bei narbigen Stenosen.** *Wiener klin. Wochenschr. 1895. No. 25 u. 27.*

Von 1880 bis 1894 wurden an Billroth's Klinik 54 Resectionen (mit 48,1 pCt. Mortalität) und 55 Gastroenterostomien (mit 50,9 pCt.) Mortalität ausgeführt u. z. wegen Carcinom oder Sarcom. In den letzten Jahren ging die Mortalität auf 29,4 pCt. zurück. Die Dauererfolge sind sehr gering, da bisher keine Radical-Heilung erzielt wurde, aber die Beschwerden hörten auf die Zeit von einigen Monaten bis über ein Jahr völlig auf.

Magenoperationen wegen narbiger Strictur haben dagegen viel bessere Erfolge. Besonders die Gastrotomie zum Zwecke der Erweiterung tiefsitzender Narbenstricturen des Oesophagus durch Sondirung ohne Ende wirkt glänzend.

Narbenstenosen des Magens selbst können beseitigt werden 1. durch Durchtrennungen narbiger Adhäsionen, welche Knickungen veranlassen; 2. durch die Pyloroplastik bei schmalen, wenig ausgebreiteten Narben; 3. durch die Resection bei breiteren Narben; 4. durch die Gastroenterostomie. Namentlich die letzte Operation ist oft anwendbar und giebt sehr gute Resultate, da sie nicht gefährlich ist. Hacker näht dabei gewöhnlich das Jejunum in die hintere Magenwand ein (G. retrocolica posterior); 5. die Gastroanastomose bei dem Sanduhrmagen (circuläre Stenose in der Mitte).

Endlich bei Stricturen des Oesophagus und des Magens zugleich kommen mehrere dieser Operationen zugleich in Anwendung. Für Details muss auf das

Original dieser wichtigen Arbeit verwiesen werden, die von einem Autor herstammt, der selbst zahlreich solche Operationen durchführte und vielfach neue Verfahren ersann.

CHIARI.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) Aus der im April 1894 gehaltenen Sitzung des ungarischen laryngologisch-otologischen Vereins für Budapest.

1. Onodi demonstrirt ein Papillom, welches kirschkerngross von der linken Tonsille entfernt wurde.

2. v. Navratil stellt drei Fälle von Kehlkopfstenose vor.

a) Bei dem ersten Kranken wurde die Laryngotomie wegen acuter Perichondritis in der Provinz vorgenommen. v. Navratil deplacirte die Canüle in die Trachea, worauf sich die stenotischen Erscheinungen von selbst zurückbildeten. Die Krankheit ist abgelaufen, die Canüle wurde in der Sitzung entfernt; Schluss der trachealen Oeffnung mittels Sparadrapstreifen. Bei dem Kranken ist jetzt eine Zweitheilung des Schildknorpels (Trennung in der Medianlinie) an der Stelle, wo anfangs die Canüle sass, vorhanden. Vortragender wird die Vereinigung ausführen (ist seitdem geschehen und Patient aus dem Spitale geheilt entlassen).

b) 24jähriger Tagelöhner schnitt sich in selbstmörderischer Absicht quer tief in den Kehlkopf, durchtrennte die Stimmbänder und die Ary-Gelenke, linkerseits die Vena jugularis ext. Der herbeigeholte Arzt unterband die Vene und führte wegen Athembeschwerden die Canüle in die gebildete Wunde ein. Da er ein Decanulement nicht erreichen konnte, schickte er den Kranken auf die Klinik des Vortragenden, der bei dem Kranken die tiefe Tracheotomie machte und die Larynxwunde plastisch schloss. Durch Entlastung des Druckes im Larynx schwanden rasch die entzündlichen Schwellungen daselbst, doch blieb eine Stenose in Folge ausgebreiteter Narbenbildung und Ankylose der Cricoarytenoidal-Gelenke zurück. Vortragender wird die endolaryngeale Dilatation versuchen, und wenn dieselbe kein günstiges Resultat ergeben sollte, den Larynx längs der Medianlinie spalten, eine mit der Canüle verbundene perpendiculäre Röhre einlegen und die Oeffnung mittels eines Hautlappens plastisch decken. (Ist seitdem geschehen; der Kranke verträgt schon über drei Stunden Verschluss der Canüle. Die Glottis hat die Oeffnung einer kleineren Haselnuss.)

c) 24jähriger Tagelöhner wurde wegen langwieriger Athembehinderung in der Provinz laryngotomirt. Nach einigen Monaten kam er behufs Decanulement auf die Klinik des Vortragenden. Diagnose: Chorditis vocalis inferior hypertrophica mit enormen Wülsten, welche die Rima vollkommen sperrten, auch die

wahren Stimmbänder waren gewulstet und gelähmt. Vortragender machte auch in diesem Falle die tiefe Tracheotomie und nach 2 Monaten, da in- und extralaryngeale Behandlung (Inhalationen von Kochsalz, Bepinselungen mit Jodkalilösung, Brennen mit der Galvanokauter; äusserlich Jod und Mercurialsalben) fruchtlos blieben, die Laryngofissur längs der Medianlinie. Beabsichtigt war die Entfernung der Wülste mit Hakenpincette und Cooper'scher Scheere; doch konnte Redner diese wegen der besonderen Härte der Geschwulstmassen nicht ausführen und zerstörte daher die Wülste mit dem Galvanokauter wie auch die mitleidenden Stimmbänder. Reaction gering, der Kranke athmet gegenwärtig frei, die Phonation ist eine befriedigende und geschieht mittels der falschen Stimmbänder. An der rechten Seite ist ein kleiner Rest des Wulstes am entsprechenden Stimmbande sichtbar.

Zwillinger. Das sichtbare Resultat dieses Falles ist sehr befriedigend. Da die harten Wülste nicht zu excidiren waren, hätte man per dilatationem auch nichts erreichen können. Die Diagnose könnte vielleicht auf Larynxsclerom gestellt werden. Interessant sei der Zusammenhang mit den Stimmbändern, wodurch letztere nicht geschont werden konnten, in der Mehrzahl der Fälle fehlt, wie bekannt, dieser Zusammenhang.

Morelli hat ähnliche Fälle beobachtet; er erwähnt insbesondere einen, welcher retracheotomirt werden musste.

(Den Rest des Wulstes am rechten Stimmbande entfernte seither Vortragender per os; die mikroskopische Untersuchung rechtfertigte die Diagnose. Der Kranke wurde durch Vortragenden am 6. Februar im Vereine der Spitalsärzte vorgestellt, wo auch die definitive Entfernung der Canüle vorgenommen worden ist. Die Sprache noch deutlicher, das Athmen vollkommen frei. Das Körpergewicht, welches bei der Aufnahme 62 kg war, beträgt jetzt 73 kg.)

v. Navratil.

---

b) V. Jahresversammlung Belgischer Laryngologen und Otologen.

Antwerpen, den 17. Juni 1894.

Vorsitzender: Dr. Schleicher.

Anwesend sind 33 Fachmänner, Inländer und Ausländer; letztere Guye und Meyer (Amsterdam), Gouguenheim und Natier (Paris), Wagnier (Lille) und Schuster (Aachen).

Die Sitzung fand im St. Elisabethhospital statt, wo Dr. Schleicher eine Abtheilung für Hals- und Ohrenkranke hat.

Für die VI. Jahresversammlung anno 1895 ist Brüssel ausersehen.

Der Vormittag ist der Vorstellung von Kranken, sowie der Demonstration von Instrumenten und anatomisch-histologischen Präparaten gewidmet.

Eeman stellt seine Kranken vom vorigen Jahre vor mit einem keratisiniren-

den Larynxcarcinom, das auf endolaryngealem Wege zu entfernen ihm nicht gelungen, wesshalb er nach vorausgeschickter Tracheotomie die Thyreotomie vorgenommen hatte, um den Tumor zu exstirpiren. Der Kranke ist geheilt und keine Spur mehr von einer Neubildung bei demselben zu constatiren. Das entfernte Stimmband ist durch ein narbiges ersetzt, welches vollkommen hinreicht zur Stimmbildung.

Goris stellt einen Fall von Neuralgia infraorbitalis vor, geheilt durch die Neurectomie des Nerven aus dem Canalis infraorbit. und der Fissur. sphenomaxill.; ferner einen Fall von Orbitalabscess in Folge von Caries des Os unguis und planum. Heilung nach Auskratzen.

Schiffers präsentirt mikroskopische Präparate eines Mandel- (Rundzellen-) Sarkoms, das endopharyngeal total exstirpirt zweimal recidivirt und schliesslich nach 7 Jahren letal endete.

Schleicher stellt zwei Fälle mit Larynxstenose vor, die durch Intubation behandelt und gebessert waren.

Beco stellt einen jungen Mann von 27 Jahren vor, den er im September 1893 von einer voluminösen Nasencyste befreit hatte; dieselbe hatte die ganze linke Nasenhöhle eingenommen mit vollständiger Verdrängung der Nasenscheidewand nach rechts, der innern Wand der Highmorshöhle nach aussen und des Gaumensegels nach unten. Die Nasenbeine standen 12—13 mm auseinander; der Transversaldurchmesser der Nase maass 38 mm am Eingang und 30 mm an der Nasenwurzel, und 60 mm in der Mitte der Höhe des unteren Endes der Nasenbeine, so dass die Nase die Form eines Fasses hatte; es waren weder Exophthalmus noch Verdrängung der Bulbi, noch sonstige Symptome vorhanden mit Ausnahme von Thränenträufeln; Fluctuation des Tumors. Die Diagnose „Cyste der unteren Muscheln“ bestätigte die Incision, welche 30—40 g citronengelber transparenter Flüssigkeit, gleich der einer Hydrocele, entleerte. Die Cystenwand besteht aus fibrösem Gewebe mit einer vollständigen Schleimhaut und Pflasterepithel. Heilung durch Resection des grössten Theils der Cystenwand mit der Scheere und galvanocaustischen Schneideschlinge.

Rousseaux zeigt eine Reihe electrischer Curetten vor zur Entfernung adenoider Wucherungen des Nasopharynx.

Posthumus Meyjes demonstrirt Instrumente für die Behandlung der chronischen Entzündung des Sin. maxillaris.

Hicquet lässt eine Zange zur Extraction fremder Körper aus der Nase vorzeigen.

Guye präsentirt mehrere Choanalpolypen vor, welche meistens reitend dem Vomer aufsitzen. Er bedient sich zu ihrer Entfernung der kalten Schlinge; andere Male musste er zur bimanuellen Methode seine Zuflucht nehmen; einmal ist es ihm gelungen mit dem Finger einen sehr voluminösen harten Tumor zu entfernen. Wenn das Anlegen der Schlinge Schwierigkeiten darbietet, so bedient er sich eines Schlingenführers oder harpunirt er zuvor den Tumor.

Goris zeigt eine Kropfgeschwulst vor, welche in einer ersten Operation nach aussen luxirt worden (Exothyropexie); die hämostatischen Pincetten blieben liegen; nach 3 Tagen verfärbte sich die Geschwulst schwarz; es stellte sich ein

reichliches seröses Exsudat ein; Puls 160; Dämpfung an der Lungenbasis beiderseits, worauf in einer 2. Operation der Kropf exstirpirt wurde. Tod 2 Stunden danach.

Schleicher zeigt eine Reihe Instrumente vor für Beleuchtung, für Erleuchtung der Highmorshöhle, eine biegsame Larynxcürette, Pulverisator-Ansatzstücke, eine knieförmig gebogene Mandelcürette und ein Mandelmesser, ein modificirtes Gottstein'sches Hakenmesser für Mandeldiscision und Bohrer für die Highmorshöhle; sodann demonstrirt er einen voluminösen Nasenrachenpolypen herstammend von einem 15jährigen Jungen; ausserdem noch ein grosses Knochenstück, welches im Kehlkopf eines Knaben 7 Wochen lang verweilt hatte.

In der Nachmittagssitzung hält Schiffers einen Vortrag über die „Pathogenie des perforirenden Geschwürs der Nasenscheidewand", das man exacter als „rundes" oder „einfaches" Geschwür der Nasenscheidewand bezeichnen sollte, und dessen Entstehung er auf Gefässverletzungen mit Thrombusbildung zurückführt; er hatte verfolgen können, wie solche Geschwüre mit Nasenbluten begannen, wenn auch die Ursache der letzteren verborgen bleiben mochte.

Bayer macht seine für den Internationalen Congress in Rom angekündigte Mittheilung über einen Fall von „Glycosurie nasalen Ursprungs; Heilung durch Wiederherstellung der nasalen Respiration; der Fall betrifft eine vollständige Verlegung beider Nasenhöhlen in Folge von Hypertrophie sämmtlicher Gewebe der Nasenhöhlen und des Nasenrachenraumes, in Folge deren sich neben reichlichem Zucker im Harn (43 p. m.) die übrigen trophischen und sonstigen Störungen des Diabetes einstellten, welche sämmtlich wieder mit Wiederherstellung der freien Nasenrespiration verschwanden. Es ist dies der einzige bis jetzt bekannt gewordene Fall von Glycosurie in Folge einer Nasalaffection! Bei der Frage, ob es sich hier um einen hämatogenen oder neurogenen Diabetes handle, zögert B. nicht denselben als einen neurogenen (Bulbärreflex) zu betrachten.

Boland spricht dem „Unterricht im Ablesen der Sprache von den Lippen" das Wort gestützt auf einige äusserst günstige Erfahrungen.

Buys macht eine Mittheilung über „Beitrag zum Studium des antimyxomatösen Princips der Schilddrüse" und zeigt ein von ihm aus der Schilddrüse des Schafes hergestelltes Extract vor, mit welchem es ihm gelungen war, eine myxomatöse Kranke, die mit einem anderen Präparat aus der Thyroiddrüse des Schafes ohne Erfolg behandelt worden war, herzustellen, jedoch unter fortgesetztem Gebrauch des Präparates. Das antimyxomatöse Princip der Schilddrüse ist nach ihm eine „in Glycerin lösliche, durch Alkohol fällbare Substanz, ohne dadurch alterirt zu werden; sie widersteht dem Einfluss des Magensaftes, wie die Wirksamkeit frischer Drüsen beweist".

Delie spricht über einen Fall von Hydrorrhoe der Nase und Hydrops der Highmorshöhle mit den bekannten Symptomen.

Laurent behandelt den Katheterismus und die Exploration des Sinus sphenoid. ohne Speculum; er giebt 2 von ihm am Kadaver ausgeübte Methoden an: 1. eine an ihrem vorderen Ende stumpfwinklig abgebogene Sonde wird in die

Nase eingeführt, mit dem vorderen abgebogenen Ende parallel zur Nasenscheidewand und dem Schaft parallel zur Dorsallinie der Nase; in der Tiefe von 6,5 cm wird das Ende der Sonde um $^1/_4$ Kreis gedreht, der Pavillon des Instrumentes gesenkt und die Sonde dringt direkt nach hinten und aussen in den Sinus, so dass man denselben leicht damit nach allen Richtungen exploriren kann; 2. die Sonde wird 7,50 cm tief eingeführt bis zum hintern obern Winkel der Nasenhöhle, dann 1 cm nach vorn vorgezogen und dann mit einer $^1/_4$ Kreiswendung in die Oeffnung des Sinus eingeführt. L. will bei der Hälfte der Fälle reüssirt haben.

Capart hält einen Vortrag über die chirurgische Behandlung der Larynxtuberkulose mit einer kritischen Beleuchtung der einzelnen Operationsverfahren.

Lecocq theilt einen Fall von Lähmung und vollständiger Unempfindlichkeit des Gaumensegels aus unbekannter Ursache mit, die jeder innern und localen Behandlung trotzte und nur dem Inductionsstrom wich.

Rousseaux spricht über die „galvanocaustische Behandlung gutartiger Larynxtumoren" mit Anschluss „einiger Betrachtungen bezüglich des Gesangs"; es war ihm gelungen einige kleine gutartige Geschwülste (Knötchen) galvanocaustisch rapid zum Schwinden zu bringen; auch seiner Anschauung, dass angehende Sänger sich vorher einer fachmännischen Untersuchung unterwerfen sollten, wird Jedermann beistimmen, ferner hat er seinen „electrischen Cüretten" noch einige neue Modelle zugesellt.

Wagnier endlich theilt noch einen Fall von Narbenstenose des Pharynx, Larynx und Oesophagus in Folge von Schwefelsäureeinverleibung mit. W. hat sich für die operative Behandlung ein besonderes scheerenartiges, von oben nach unten und seitwärts schneidendes Instrument anfertigen lassen, welches er in der Vormittagssitzung präsentirt hatte; es gelang ihm damit die Narbenstränge zu zerschneiden und eine Olive von 40 mm einzuführen. Heute hat die Oeffnung 58 mm Durchmesser.

Die ausnehmende Liebenswürdigkeit des Herrn Präsidenten, mit welcher er die Theilnehmer bei sich empfing und das in „Alt-Antwerpen" Abends veranstaltete Banquet wird einem Jeden in angenehmer Erinnerung bleiben.

Bayer.

---

c) Bericht über die II. Versammlung süddeutscher Laryngologen zu Heidelberg am 4. Juni 1895.

Von

Dr. Eulenstein (Frankfurt a/M.), II. Schriftführer.

Unter zahlreicher Betheiligung, auch seitens mehrerer norddeutschen Collegen, fand am 4. Juni 1895 die II. Versammlung süddeutscher Laryngologen zu Heidelberg im Hörsaale der medicinischen Klinik statt. Die Präsenzliste weist 52 Theilnehmer auf; die Zahl der Mitglieder beträgt 74.

Herr Moritz Schmidt (Frankfurt a/M.) begrüsste die Versammlung und leitete die Vorstandswahl.

Es wurden gewählt: Herr Schech (München) zum I. Vorsitzenden. Herr Siebenmann (Basel) zum II. Vorsitzenden, Herr Seifert (Würzburg) zum I. und Herr Eulenstein (Frankfurt a/M.) zum II. Schriftführer, Herr Neugass (Mannheim) zum Schatzmeister.

Heidelberg wurde auch für das nächste Jahr wieder als Versammlungsort bestimmt, die Sitzung für den 2. Pfingstfeiertag festgesetzt.

Herr Neugass erstattet hierauf den Kassenbericht. Es wurde bestimmt, dass der Vorsitz erst in der nächstjährigen Sitzung an den neugewählten Vorsitzenden übergehen solle.

Wissenschaftlicher Theil.

Vorsitzender: Moritz Schmidt (Frankfurt a/M.).

1. Kirstein (Berlin) demonstrirt sein Verfahren der Besichtigung des Larynx und der Trachea ohne Spiegel (Autoskopie). Nachdem der Pharynx und die Rückseite der Epiglottis des Patienten mit 20 proc. Cocainlösung anästhesirt ist, wird letzterer entweder horizontal auf den Rücken gelagert, dass der Kopf über den Tischrand herabhängt, oder er sitzt mit stark hintenübergebeugtem Kopf auf einem Stuhl. Das Autoskop, das aus einer kurzen, dicken, in eine Halbrinne auslaufenden Röhre besteht und mit dem Casper'schen Electroscop rechtwinklig verschraubt ist, wird in den geöffneten Mund bei vorgestreckter Zunge eingeführt und die Beleuchtung in Gang gesetzt, indem das blattförmige Ende der Halbrinne an der hinteren Rachenwand bis zur Höhe der Santorinischen Knorpel geleitet wird, darauf wird durch eine Hebelbewegung die Zunge nach vorne gedrückt und die Epiglottis aufgehoben. Auf diese Weise werden die Stimmbänder dem Auge des Beschauers sehr nahe gerückt und ist insbesondere der Anblick der Larynxhinterwand, die für den instrumentellen Eingriff in günstigster Weise bereit liegt, ausgezeichnet schön. Die Schleimhaut der Luftröhre ist gleichfalls sehr gut zu übersehen. Der Kehldeckel wird durch das Instrument verdeckt und bedauerlicherweise kommt der vordere Glottiswinkel nicht zu Gesicht. Es wird darauf in der ebenbeschriebenen Weise vom Vortragenden das Autoscop einem Patienten eingeführt und ein tuberculöses Ulcus der Larynxhinterwand demonstrirt.

Discussion:

Moritz Schmidt dankt dem Vortragenden und erinnert an die Schwierigkeiten bei den ersten Versuchen mit dem jetzt gebräuchlichen Laryngoscop.

Killian (Freiburg i. B.) hält das Verfahren wohl für einen wesentlichen Fortschritt in der Untersuchung und Behandlung der Hinterwand, bezweifelt aber seine allgemeine Verwendbarkeit bei den bekanntlich sehr reizbaren Phthisikern.

Kirstein: betont dagegen, dass der untersuchte Patient an schwerer Lungen- und Kehlkopfphthise leidet.

2. Jurasz (Heidelberg) demonstrirt mikroskopische Präparate des Herrn Grabower (Berlin), die das Verhältniss des Accessorius zum Vagus beleuchten.

3. Klemperer (Strassburg) demonstrirt Gehirne von Hunden, bei denen durch Einpflanzung von Bakterien lokalisirte Abscesse oder Tuberkel im Gebiet des motorischen Rindencentrums für den Kehlkopf erzeugt wurden; niemals wurden Symptome im Kehlkopf, nie Stimmbandlähmung beobachtet; auch an den erfolgenden allgemeinen Krämpfen nahmen die Stimmbänder nicht Theil. Die Reizung des von Krause localisirten Rindencentrums führt den Schluss der Glottis herbei, beide Stimmbänder bewegen sich gleichzeitig und in gleicher Ausdehnung nach innen; eine Bewegung nur eines Stimmbandes wurde in keinem Falle von Klemperer beobachtet. Die Exstirpation des Centrums macht keine Ausfallserscheinungen, seine Erkrankung macht keine Lähmungen; es ist also das sog. Kehlkopfcentrum kein motorisches im Sinne des Facialis- des Arm- und Beincentrums. Ferner demonstrirt Klemperer ein Gehirn, das hinter den Vierhügeln quer durchschnitten war; der Hund hat nach dem Schnitt noch gebellt. Das Onodi'sche angebliche Stimmbildungscentrum von der Querfurche zwischen vorderem und hinterem Hügelpaar nach abwärts ist also für das Bellen des Hundes nicht nothwendig.

Discussion:

Moritz Schmidt erwähnt, dass Semon und Masini gelegentlich eines Versuchs im physiologischen Institut des Herrn Prof. Luciani zu der Ansicht kamen, dass möglicherweise der Unterschied in dem Ergebniss ihrer Versuche dadurch bedingt sei, dass Masini an nicht narkotisirten, Semon an narkotisirten Hunden experimentirt habe. [Diese Möglichkeit ist aber nur eine sehr entfernte! F.S.]

4. Heymann (Berlin) demonstrirt Präparate, welche die Anheftungsart des Epithels am wahren Stimmbande erläutern; auf Rath und unter Hilfe des Herrn C. Benda (Berlin) gelang es durch Maceration in verdünnter Essigsäure das Epithel so zu lockern, dass man es in Stücken abziehen und in der Vogelschau unter dem Mikroskop betrachten kann. Es erscheinen dann die von Coyne, B. Fränkel und dem Vortragenden beschriebenen Leisten deutlich; sie verlaufen theils parallel, theils schräg gegeneinander geneigt, sich vielfach durchschneidend, dadurch müssen an den Kreuzungsstellen theils wirkliche papillenartige Bildungen entstehen, theils muss auch bei Schnitten der Anschein solcher erweckt werden.

Ferner demonstrirt Herr Heymann zwei Fälle von Granulombildung an den Tonsillen und einen Fall von Nasenpolypen bei einem etwa $^1/_2$jähr. Kinde im anatomischen Präparate.

5. Moritz Schmidt: Referat über die Erkrankungen der Nebenhöhlen der Nase.

In seinen einleitenden Bemerkungen zu der Besprechung der Nebenhöhlenerkrankungen berührt Sch. nur kurz die Aetiologie und die Symptomatologie derselben. In Bezug auf die Diagnose der einzelnen erkrankten Nebenhöhlen bestehen noch grosse Schwierigkeiten, die sich seiner Meinung erst dann beheben lassen, wenn wir genauere Kenntnisse über die normale und pathologische Anatomie der Nebenhöhlen der Nase erhalten haben werden. Als das erstrebenswertheste Ziel

unseres Handelns würde die Heilung ohne grösseren Eingriff zu bezeichnen sein. Und wenn eine definitive Heilung ohne eine grosse vielleicht entstellende Operation nicht zu erreichen ist, so wird man bestrebt sein müssen, die Wiederkehr der Beschwerden durch regelmässige Ausspülungen zu verhüten, wenn es auch durch Jahre hindurch sein musste.

Discussion:

Grünwald (München) hat neuerdings zahlreiche Untersuchungen über die Lage der Keilbeinhöhle am Lebenden angestellt und gefunden, dass seine Resultate von denen von Hansberg an der Leiche gefundenen nur um 1,1 mm abweichen. Die Gesetze der allgemeinen Pathologie haben für die Nase dieselbe Geltung wie für den übrigen Körper und es ist keine Frage, dass die angezweifelte destruirende Knochenentzündung auf nicht specif. Basis existirt, wie die aufgestellten Präparate von Ulceration des mittleren Muschelknochens darthun. Um die Zugängigkeit zu den Sieb- und Keilbeinhöhlen zu erleichtern, genügt es, die Amputation der vordern Hälfte der mittleren Muschel zu üben. Dadurch werden alle tiefer gelegenen kleinen Höhlen weit zugängig, und damit das Operiren ungefährlich gemacht. Die kleineren verzagten Eingriffe können leichter zu einer Weiterverbreitung des Eiters Anlass geben als die grösseren. Die Gefährlichkeit der Naseneiterungen als solche ist zwar keine hohe, aber es können nur radicale Eingriffe gegen dieselbe schützen; so konnte der einzige bis jetzt gerettete Fall dieser Art, ein Stirnlappenabscess durch Stirnhöhlenempyem, nur durch schleunigste Trepanation nach den ersten cerebralen Symptomen vom Vortragenden dem Tode entrissen werden. Gerade bei den Stirnhöhlen ist eine frühzeitige Diagnose sehr wichtig. Die von Kuhnt für die Diagnose verwerthete Druckempfindlichkeit der vordern und untern Wand findet sich nur in den Fällen, die sich zum Durchbruch nach aussen anschicken, fehlt aber gerade bei den vom Vortragenden als latent bezeichneten Formen. Die Behandlung muss in allen Fällen in einer breiten Freilegung bestehen, wenigstens insoweit, dass ein voller Einblick und damit die Beseitigung aller secundären Veränderungen möglich ist. Nach sofortiger Naht werden regelmässige Durchspülungen gemacht. Bei sehr ausgedehnten Krankheitsheerden und Knochenzerstörungen werden die Höhlen zweckmässiger Weise verödet. Natürlich ist peinlichste Asepsis und sorgfältigste Ausräumung der Gesammtschleimhaut nöthig, danach Naht über einen Jodoformgazetampon, der 8 Tage liegen bleibt und später 3--4täglich gewechselt wird. Die Höhle füllt sich mit Granulationen aus und die Vorderwand kann sich sogar knöchern wieder herstellen. Der kosmetische Effect kann tadellos gemacht werden, doch ist auf denselben sehr zu achten, da unter Umständen eine grauenhafte Entstellung resultiren kann, wie eine herumgegebene Abbildung zeigt. Bleibt bei Kieferhöhlenempyem nach der Operation Heilung aus, so handelt es sich um Zurücklassung oder Neuentstehung kleiner localer Secundärveränderungen innerhalb der Höhle, es ist darum auch hier die Eröffnung in Breite von 1—$1^1/_2$ Quadratcentimeter nöthig.

Kahn (Würzburg) erläutert aufgestellte Präparate der Schleimhaut bei chronischem Stirnhöhlenempyem. Dieselbe ist verdickt, gewulstet, ihre Oberfläche

höckerig und mit kleinen theils breitbasig, theils gestielt aufsitzenden Gebilden besetzt, die wie oedematöse Fibrome aussehen. Die Schleimhaut war nirgends ulcerirt, der Knochen nur in der Gegend des Bodens der Stirnhöhle. Das Epithel ist in der grössten Ausdehnung ein geschichtetes Flimmerepithel ohne Basalmembran, nur an einzelnen Stellen ist es verändert und zeigt die ersten Stufen der Epithelmetaplasie. Die Schichtung der Zellen hat zugenommen, der Flimmersaum ist verloren gegangen und die einzelnen Zellelemente haben mehr kubische Form angenommen. Die papillären Excrescenzen zeigen ein zartes Flechtwerk areolären Bindegewebes, dessen Masche von ödematöser Flüssigkeit erfüllt sind. Die das Maschenwerk begrenzenden Bindegewebsfasern enthalten neben Spindelzellen zahlreiche Rundzellen. In dem perivasculären Zellinfiltrat fällt die grosse Zahl eosinophiler Zellen, die hyalin degenerirten Zellen, die Russel'schen Körperchen in's Auge. In den tieferen Schleimhautschichten findet sich welliges Bindegewebe. Die ganze Schleimhaut wird von sehr reichlich vorhandenen Gefässen durchzogen. Ausserdem fanden sich zahlreiche Kokken in dem basalen Theil der Schleimhaut. Dieser mikroskopische Befund legt nahe, dass nur die Entfernung der ganzen degenerirten Schleimhaut und die Verödung der Stirnhöhle zur Heilung führen wird.

Vohsen (Frankfurt a/M.) hebt hervor, dass die Durchleuchtungsmethode oft an fehlerhafter Handhabung scheitert, die Verdunkelung des Raumes muss eine möglichst vollkommene sein, am zweckmässigsten bedecken sich Pat. und Arzt mit einem für Licht undurchgängigen Tuch. Man beginnt mit schwacher Lichtintensität, die man allmählich steigert und findet so leicht die Grenze, an der die feinen Differenzen, auf die es oft ankommt, erkannt werden können. Zu starkes Licht kann die Unterschiede verwischen. Das Fehlen einer Stirnhöhle scheint nicht allzu selten zu sein. Die Durchleuchtung dient nur zur Stütze der Diagnose, ohne weitere Symptome kann ein bindender Schluss auf eine Erkrankung der Stirnhöhle ebensowenig gezogen werden, wie aus der Durchleuchtung überhaupt. In Hinsicht auf die Therapie spricht sich V. gegen die ihm zwecklos erscheinende Sondirung der Stirnhöhle aus. In Fällen, wo die Radicaloperation dringend indicirt ist, operirt man nach der von Kuhnt angegebenen Methode, andernfalls sorge man für freien Abfluss nach der Nase durch Beseitigung des anderen mittleren Muschelendes, etwa vorhandener Wucherungen, oder aber man begnüge sich mit Reinigung der Nasenhöhle bei leichten Fällen von Stirnhöhlen-, Kieferhöhlen- und Keilbeinhöhlenerkrankungen.

Schech (München): Ein werthvolles diagnostisches Merkmal bei latenter Stirnhöhleneiterung ist Druckschmerz an der oberen, innern Orbitalwand in der Nähe des Austritts des Nerv. supraorbitalis. Man findet in der Regel Verdickungen des Periosts, des submucösen Gewebes auch ohne Caries. Manchmal ist die Schleimhaut chorionartig verdickt. Zu empfehlen ist die Eröffnung von aussen. Die Entstellung ist oft unbedeutend, wenn nicht die ganze vordere Wand weggenommen wird.

Dreyfuss (Strassburg) hat in 2 Fällen von Stirnhöhleneiterung das Kuhnt'sche Symptom der Druckschmerzhaftigkeit des nasalen Oberkieferfortsatzes constatirt, in denen gleichzeitig Eiterung der vorderen Siebbeinzellen vorhanden

war. Bezüglich der letalen Complicationen hat er bei Durchsicht der Literatur den Eindruck bekommen, als seien die letal verlaufenen Naseneiterungen in den letzten Decennien seltener geworden.

von Beck (Heidelberg) erwähnt, dass Czerny zur Vermeidung eingezogener Narben einen Hautweichtheilknochenlappen bildet, dessen Hautwundrand leicht bogenförmig von dem inneren Drittel des einen Arcus superciliaris über die Glabella zum innern Drittel des gegenüberliegenden Arcus superciliaris führt. Nach Auskratzung der Stirnhöhle und Ausspülung, Tamponade mit Jodoformgaze; ein Theil des Tampons wird durch die Nase herausgeführt, der Haupttheil an dem einen Winkel des Stirnoperationsschnittes. Nach Zurückklappen des Hautweichtheilknochenlappens in seine frühere Lage, Fixirung desselben mit einigen Hautnähten. Die Configuration der Gegend des Sinus frontalis bleibt eine normale.

Hellmann (Würzburg) berichtet über 1 Fall von Empyem der Siebbein- und Kieferhöhlen in dem 44 Tage nach Auskratzung von Granulationen des mittleren Nasenganges der Tod unter Hirnerscheinungen eintrat. Die Obduction ergab capilläre Apoplexien im Gehirn:

Kahsnitz (Karlsruhe): Bei den Fällen von Sinus frontaliseiterungen, bei denen eine schlechte Prognose bei symptomatischer Behandlung besteht, muss von aussen operirt werden, ebenso in Fällen idiopathischer Caries, Polypen etc., in denen eine Heilung durch Ausspülung nicht erzielt werden kann. Redner hat eine Anzahl von Stirnhöhlenempyem durch Ausspülungen zur definitiven Heilung gebracht.

Killian (Freiburg) glaubt, dass sich die Entstelluug vermeiden lässt, wenn man am Orbitalrande eine Brücke stehen lässt; er hält seine Methode für besonders empfehlenswerth in Fällen von sehr ausgedehnten Stirnhöhlen. Vorzeigung einer sehr scharfen Canüle zur Probepunction des Antrum maxillare vom mittleren Nasengang aus.

Jurasz (Heidelberg) bekennt sich als Anhänger der lokalen schonenden Methode, gesteht aber auch anderen Methoden unter Umständen ihre Berechtigung zu. Für die Wahl der Methode ist der Umstand entscheidend, ob das Empyem acut oder chronisch ist, weiter die Qualität des Eiters. Die von Werner und ihm selbst angestellten Eiteruntersuchungen haben gezeigt, dass der Streptokokkeneiter die schlechteste Prognose bietet.

Grünwald (München) will die Sonde bei Stirnhöhleneiterungen nur zur Feststellung der Lage der Höhle resp. des Ausführungsganges benutzt wissen; danach wird Luft eingeblasen, zugleich inspirirt, so dass man die Austrittstelle des Eiters sieht. Ebenso wird bei der Kieferhöhle nach der Punction verfahren. Bei der Behandlung der Stirnhöhle übt er verschiedene Methoden; entfernt man die Gesammtschleimhaut, so muss mindestens die gesammte Vorderwand abgetragen werden. Demonstration von Nasenscheeren und Schlingen zur Radicalabtragung der Spinen des Septums.

Pröbsting (Wiesbaden) bemerkt, dass das Oedema fugax nicht charakteristisch für Nebenhöhlenerkrankung ist, sondern auch beim Schwellkatarrh vor-

kommt. Er empfiehlt zur Eröffnung der Oberkieferhöhle die Schmidt'sche Trephine vom unteren Nasengang aus.

Werner (Heidelberg) giebt an, in welcher Weise er den Eiter aus den Nebenhöhlen behufs bakteriologischer Untersuchung sich verschaffte. Manchmal fanden sich geradezu Reinculturen von Streptokokken, von denen einige ausserordentlich virulent waren. Weniger häufig als Streptokokken fand W. Staphylokokken und zwar dann meist bei Fällen, bei welchen eine Knochencaries vermuthet oder nachgewiesen war. Endlich wurde öfters ein gasbildender Bacillus gezüchtet, eine Abart des Bacterium coli. Charakteristisch unterschied sich die Cultur eines Nebenhöhleneiters von der eines sogenannten Ozaenasekretes. In letzterem fand W. mit grösster Regelmässigkeit einen dem Friedländer'schen ähnlichen Kapselbacillus, der wahrscheinlich die Ursache abgiebt für die eigenthümliche Zähigkeit des Ozaenasekretes.

Klemperer (Strassburg) betont gegenüber Jurasz, dass die Intensität eines eitrigen Processes nicht sowohl von der Art des Erregers, als von seiner Virulenz abhängt.

Siebenmann (Basel) hat beobachtet, dass in der Regel die Highmorshöhleneiterungen mit schleimfreiem Eiter sehr hartnäckig sind; es handelt sich dabei wohl um ausgedehnte Epithelmetaplasieen. Der von Kahn erwähnte mikroskopische Befund ist fast identisch mit dem von einem seiner Assistenten 1892 publicirten. Demonstration eines zweischneidigen Stilets zur Eröffnung der Kieferhöhle sowie ein- und doppelseitige vorne geschlossene und seitlich geöffnete Canüle zur Selbstbehandlung.

Werner (Heidelberg) hat deshalb den Pneumococcus nicht namentlich aufgezählt, weil er die Pneumokokken zu den Streptokokken zählt, er glaubt, dass man bald die Pneumokokken als eine der vielen Varietäten des Streptococcus betrachten wird.

(Fortsetzung folgt.)

III. Briefkasten.

Das Wilhelm Meyer-Monument.

Seit unserem letzten Bericht sind weitere Fortschritte in der Organisation des Unternehmens zu vermelden.

1. Prof. Grazzi theilt uns mit, dass für Italien die Società

italiana di laringologia, otologia è rinologia die Angelegenheit in ihrer corporativen Eigenschaft in die Hand nehmen wird.

2. Prof. Gruber, Präsident der Wiener otologischen Gesellschaft hat versprochen, sich nach seiner Rückkehr nach Wien mit dem Präsidenten der Wiener laryngologischen Gesellschaft, Prof. Stoerk, behufs Bildung eines österreichischen Comités in's Einvernehmen zu setzen.

3. Dr. L. Secretan, Präsident der Schweizer laryngologischen Gesellschaft, hat zugesagt, in Gemeinschaft mit dem übrigen Vorstande dieser Gesellschaft unseren Plan in der Schweiz nach besten Kräften zu fördern.

4. Für Schweden hat Prof. Kai Aaberg, für Norwegen Prof. Uchermann die Leitung der Bewegung übernommen.

Hinsichtlich Russlands und Belgiens sind noch keine Antworten eingelaufen, und für Spanien sind noch keine Einrichtungen getroffen. Im Ganzen aber ist nunmehr die Organisation des Unternehmens als nahezu vollendet zu bezeichnen und es bleibt nur zu wünschen, dass die Summe der einlaufenden Beiträge dem Umfang der Organisation entsprechen möge! Dass dies zu hoffen ist, ergiebt sich aus folgendem Briefe des Schatzmeisters des dänischen Comités:

Kopenhagen, 7. September 1895.

Lieber Professor Semon!

Ich freue mich aufrichtig, Ihnen mittheilen zu können, dass der Plan, dem verstorbenen Dr. Wilhelm Meyer in Kopenhagen aus internationalen Beiträgen ein Monument zu setzen, in Dänemark grossen Erfolg gehabt hat.

Obwohl nur sechs Wochen seit dem Erscheinen des Aufrufs des dänischen Comités verstrichen sind, so ist bereits die Summe von 4176 Kroner (= 4600 Mark = 237 Pfd. St. = Frs. 5600) für den genannten Zweck zusammengekommen. Unter den Subscribenten für das internationale Denkmal befinden sich 250 dänische Aerzte, d. h. ein volles Fünftel des ganzen dänischen ärztlichen Standes, und von

diesen 250 prakticiren 175 in Kopenhagen, wo die Gesammtzahl der Aerzte etwa 400 beträgt.

Mit freundlichem Gruss

Ihr ergebenster

Holger Mygind,

Schatzmeister des dänischen Comités für die Errichtung eines internationalen Denkmals für den verstorbenen Dr. Wilhelm Meyer.

Wenn wir dem Beispiel unserer dänischen Collegen folgen, ist unser Erfolg gesichert!

Dr. William C. Jarvis †.

Mit Bedauern entnehmen wir dem Brit. Med. Journal vom 24. August die Nachricht von dem am 30. Juli nach kurzer Krankheit erfolgten Tode des Dr. William C. Jarvis, klinischen Professors der Laryngologie und Rhinologie an der Universität New York. Der Verblichene, welcher zur Zeit seines Ablebens wenig mehr als 40 Jahre zählte, gehörte zu den bestgekannten amerikanischen Laryngologen, und die „Jarvis'sche Schlinge" wird den Namen ihres Erfinders lange Jahre im Andenken der Fachgenossen lebendig halten.

Laryngologie und Otiatrie in Breslau.

Die lange Krise in der Besetzung der Breslauer Professur für Laryngologie und Otiatrie ist nun endlich dadurch erledigt, dass Prof. Barth (Marburg) die Stellung angenommen hat, nachdem auch der dritte dorthin berufene Lehrer, Prof. Dr. Siebenmann in Basel abgelehnt hatte. Die „Berliner klinische Wochenschrift" vom 26. August erörtert die Gründe, welche die Besetzung der Stelle so erschwert haben, und hebt dabei an erster Stelle hervor, dass „die Zeit überhaupt vorbei sei, in der beide genannte Lehrgegenstände in einer Hand vereint sein konnten. Mit sehr wenigen — wie das Blatt gern gestehen wolle: rühmlichen — Ausnahmen seien die neueren Forscher entweder Otologen oder Laryngologen; sollen sie beide Fächer dociren, so werde nothwendigerweise eines zu kurz kommen müssen."

Das ist, wie man weiss, ein Standpunkt, den wir schon seit Jahren wieder und immer wieder vertreten haben, wenn das in massgebenden Kreisen herrschende, sonderbare Gelüste nach einer Verschmelzung nicht nur laryngologischer und otiatrischer Lehrstühle, sondern auch der entsprechenden beiden Sectionen gelegentlich allgemeiner medicinischer Zusammenkünfte direct gegen den Wunsch der meisten Betheiligten sich geltend zu machen versuchte. Es ist erfreulich, dass die allgemeine Undurchführbarkeit dieser Bestrebungen endlich auch in weiteren ärztlichen Kreisen erkannt zu werden scheint.

Gedruckt bei L. Schumacher in Berlin.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XI. Berlin, November. 1895. No. 17.

I. Die anatomische Nomenclatur.

Besprochen von

Prof. **B. Fränkel** in Berlin.[1])

Seit dem Jahre 1887 beschäftigt sich die anatomische Gesellschaft mit der Regelung der anatomischen Nomenclatur. Sie hatte zu diesem Zwecke eine Commission eingesetzt, welcher schliesslich die Herren v. Kölliker (Vorsitzender), O. Hertwig, His, Kollmann, Merkel, Schwalbe, Toldt, Waldeyer, K. von Bardeleben, Braune, Henke, v. Kupffer, von Mihálkovics, Rüdinger, Zuckerkandl und als Redactor W. Krause angehörten. Schliesslich wurde ein Ausschuss, bestehend aus den Herren His, Krause und Waldeyer damit betraut, dafür zu sorgen, dass das Gesammtwerk einen einheitlichen Charakter bekomme. Die anatomische Gesellschaft hat nun in diesem Jahre in Basel beschlossen, die so mit dem grössten Fleisse und bewundernswerther Genauigkeit erarbeitete anatomische Nomenclatur anzunehmen. In einem Supplement-Band der „anatomischen Abtheilung des Archivs für Anatomie und Physiologie" liegt nunmehr die so genehmigte, einheitliche „anatomische Nomenclatur, Nomina anatomica, Verzeichniss der von der Commission der anatomischen Gesellschaft festgestellten Namen, eingeleitet und im Einverständniss mit dem Redactionsausschuss erläutert von W. His" vor. Die Namengebung ist eine einsprachige und zwar lateinische. Es ist begründete Aussicht vorhanden, dass die zunächst von der deutschen anatomischen Gesellschaft angenommene Nomenclatur in allen europäischen Ländern ebenfalls zur Norm erhoben wird. Amerika wird dagegen vielleicht seine eigenen Wege gehen. Bei der hohen Wichtigkeit der Angelegen-

[1]) Mit gütiger Erlaubniss des Herrn Verfassers reproduciren wir diesen Artikel in Anbetracht der hohen Wichtigkeit der Sache aus dem „Archiv für Laryngologie", Band III. Die Redaction.

heit gebe ich in Folgendem zunächst aus dem Verzeichniss diejenigen Stellen, welche für unsere Specialität besonders in Betracht kommen, wieder:

Aus Partes corporis humani:

Facies.

Nasus
Dorsum nasi
Apex nasi
Ala nasi
Cavum oris
  Lingua
  Fauces

Os
Sulcus nasolabialis
Philtrum
Labium superius
Labium inferius
Rima oris
Bucca (Mala)[1]
Sulcus mentolabialis
Mentum

Collum.

Cervix
Larynx
  Prominentia laryngea

Pharynx
Trachea
Oesophagus

Aus Osteologia:

Os ethmoidale.

Lamina cribrosa
Crista galli
Processus alaris
Lamina perpendicularis
Labyrinthus (ossis ethmoidalis)
Cellulae ethmoidales
Infundibulum ethmoidale
Bulla ethmoidalis
Lamina papyracea
Foramina ethmoidalia
(Concha suprema)
Concha superior
Concha media
Processus uncinatus

Concha inferior.

Processus lacrimalis
Processus maxillaris
Processus ethmoidalis

Os lacrimale.

Crista lacrimalis posterior
Sulcus lacrimalis
Hamulus lacrimalis
Fossa sacci lacrimalis

---

[1]) Ovale Klammern ( ) bezeichnen Varietäten; eckige Klammerx [ ] erläuternde Zusätze, wozu auch Doppelnamen und persönliche Namen gerechnet sind; Cursivschrift ontogenetische Ausdrücke.

Os nasale.

Foramina nasalia
Sulcus ethmoidalis

Vomer.

Ala vomeris

Ossa faciei.

Maxilla.

Corpus maxillae
Facies anterior
Facies nasalis
Facies orbitalis
Facies pterygoidea
Sinus maxillaris
Margo infraorbitalis
Canalis sive Sulcus infraorbitalis
Foramen infraorbitale
Sutura infraorbitalis
Fossa canina
(Fossa praenasalis)
Incisura nasalis
Tuber maxillare
Foramina alveolaria
Canales alveolares
Planum orbitale
Margo lacrimalis
Sulcus lacrimalis
Canalis lacrimalis
Crista conchalis
Processus frontalis
Crista lacrimalis anterior
Crista ethmoidalis
Processus zygomaticus
Processus palatinus
Crista nasalis
Spina nasalis anterior
Os incisivum
Canalis incisivus
Sutura incisiva
Spinae palatinae
Sulci palatini
Processus alveolaris
Limbus alveolaris
Alveoli
Septa interalveolaria
Juga alveolaria
Hiatus maxillaris
Foramen incisivum

Os palatinum.

Pars perpendicularis
Facies nasalis
Facies maxillaris
Incisura sphenopalatina
Sulcus pterygopalatinus
Processus pyramidalis
Foramen palatinum majus
Foramina palatina minora
Canales palatini
Crista conchalis
Crista ethmoidalis
Processus orbitalis
Processus sphenoidalis
Pars horizontalis
Facies nasalis
Facies palatina
Spina nasalis posterior
Crista nasalis

Mandibula.

Corpus mandibulae
Protuberantia mentalis
Tuberculum mentale
Spina mentalis
Foramen mentale
Linea obliqua
Fossa digastrica
Linea mylohyoidea
Sulcus mylohyoideus
Juga alveolaria
Ramus mandibulae
Angulus mandibulae
(Tuberositas masseterica)
(Tuberositas pterygoidea)

Incisura mandibulae
Processus condyloideus
Capitulum [proc. condyl.] mandibulae
Collum [proc. condyloidei] mandibulae
Fovea pterygoidea proc. condyloidei
Processus coronoideus
Foramen mandibulare
Lingula mandibulae
Canalis mandibulae
Fovea sublingualis
(Fovea submaxillaris)
Pars alveolaris
Limbus alveolaris
Alveoli
Septa interalveolaria

Os hyoideum.

Basis oss. hyoidei
Cornu minus
Cornu majus

Cranium.

Fossa pterygopalatina
Canalis pterygopalatinus
Foramen sphenopalatinum
Apertura piriformis
Cavum nasi
Septum nasi osseum
Meatus nasi communis
Meatus nasi superior
Meatus nasi medius
Meatus nasi inferior
Meatus nasopharyngeus
Choanae
Recessus sphenoethmoidalis
Foramen jugulare
Fissura sphenopetrosa
Foramen lacerum
Palatum durum
(Torus palatinus)
Orbita
Aditus orbitae
Margo supraorbitalis
Margo infraorbitalis
Paries superior
Paries inferior
Paries lateralis
Paries medialis
Fissura orbitalis superior
Fissura orbitalis inferior

Aus Myologia:

Musculi oss. hyoidei.

M. digastricus
  Venter anterior
  Venter posterior
M. stylohyoideus
M. mylohyoideus
M. geniohyoideus

Musculi colli.

M. sternocleidomastoideus
M. sternohyoideus
M. omohyoideus
  Venter superior
  Venter inferior
M. sternothyreoideus
M. thyreohyoideus
(M. levator glandulae thyreoideae)
Fascia colli
Fascia praevertebralis

Aus Splanchnologia:

Tunica albuginea
Tunica fibrosa
Tunica adventitia
Membrana mucosa

Tunica propria mucosae
[Lamina] muscularis mucosae
Tela submucosa
Plica villosa
Mucus
Tunica muscularis
Tunica serosa
Tela subserosa
Plica serosa
Ligamentum serosum
Serum
Bursa mucosa
Epithelium
Endothelium
Organon parenchymatosum
Parenchyma
Stroma
Glandula
Lobus
Lobulus
Glandula mucosa
Musculus viscerum

Fauces.

Isthmus faucium
Velum palatinum
Uvula [palatina]
Arcus palatini
Arcus glossopalatinus
Arcus pharyngopalatinus
Plica salpingopalatina
Tonsilla palatina
Fossulae tonsillares
Sinus tonsillaris
Plica triangularis
Fossa supratonsillaris

Musculi palati et faucium.

M. levator veli palatini
M. tensor veli palatini
M. uvulae
M. glossopalatinus
M. pharyngopalatinus

Pharynx.

Cavum pharyngis
Fornix pharyngis
Pars nasalis
Pars laryngea
Ostium pharyngeum tubae
Labium anterius
Labium posterius
Torus tubarius
Plica salpingopharyngea
Recessus pharyngeus [Rosenmuelleri]
(Bursa pharyngea)
Recessus piriformis
M. stylopharyngeus
Fascia pharyngobasilaris
Tunica mucosa
Gl. pharyngeae
Tonsilla pharyngea
Fossulae tonsillares
Tela submucosa
Tunica muscularis pharyngis
Raphe pharyngis
Raphe pterygomandibularis
M. constrictor pharyngis superior
M. pterygopharyngeus
M. buccopharyngeus
M. mylopharyngeus
M. glossopharyngeus
M. salpingopharyngeus
M. constrictor pharyngis medius
M. chondropharyngeus
M. ceratopharyngeus
M. constrictor pharyngis inferior
M. thyreopharyngeus
M. cricopharyngeus

Aus Organa respiratoria:

Cavum nasi.

Nares
Choanae
Septum nasi
  Septum cartilagineum
  Septum membranaceum
Vestibulum nasi
Limen nasi
Sulcus olfactorius
(Concha suprema [Santorini])
Concha superior
Concha media
Concha inferior
Membrana mucosa nasi
Plexus cavernosi concharum
Agger nasi
Recessus sphenoethmoidalis
Meatus nasi
  Meatus nasi superior
  Meatus nasi medius
    Atrium meatus medii
  Meatus nasi inferior
  Meatus nasi communis
  Meatus nasopharyngeus
Regio respiratoria
Regio olfactoria
Gl. olfactoriae
Sinus paranasales
  Sinus maxillaris [Highmori]
  Sinus sphenoidales
  Sinus frontales
Cellulae ethmoidales
Bulla ethmoidalis
Infundibulum ethmoidale
Gl. nasales

Nasus externus.

Basis nasi
Radix nasi
Dorsum nasi
Margo nasi
Apex nasi
Ala nasi
Septum mobile nasi
Cartilagines nasi
Cartilago septi nasi
  Processus sphenoidalis septi cartilaginei
Cartilago nasi lateralis
Cartilago alaris major
  Crus mediale
  Crus laterale
Cartilagines alares minores
Cartilagines sesamoideae nasi
Organon vomeronasale [Jacobsoni]
Cartilago vomeronasalis [Jacobsoni]
(Ductus incisivus)

Larynx.

Prominentia laryngea
Cartilagines laryngis
Cartilago thyreoidea
  Lamina [dextra et sinistra]
  Incisura thyreoidea superior
  Incisura thyreoidea inferior
  Tuberculum thyreoideum superius
  Tuberculum thyreoideum inferius
  (Linea obliqua)
  Cornu superius
  (Foramen thyreoideum)
Lig. hyothyreoideum laterale
Cartilago triticea
Lig. hyothyreoideum medium
Membrana hyothyreoidea
Cartilago cricoidea
  Arcus [cartilaginis cricoideae]
  Lamina [cartilaginis cricoideae]
  Facies articularis arytaenoidea
  Facies articularis thyreoidea

Articulatio cricothyreoidea
Capsula articularis cricothyroidea
Ligg. ceratocricoidea lateralia
Lig. ceratocricoideum anterius
Ligg. ceratocricoidea posteriora
Lig. cricothyroideum [medium]
Lig. cricotracheale
Cartilago arytaenoidea
  Facies articularis
  Basis [cartilaginis arytaenoidae]
  Crista arcuata
  Colliculus
  Fovea oblonga
  Fovea triangularis
  Apex [cartilaginis arytaenoidae]
  Processus vocalis
  Processus muscularis
Cartilago corniculata [Santorini]
Synchondrosis arycorniculata
Articulatio cricoarytaenoidea
Lig. cricopharyngeum
Lig. corniculopharyngeum
Lig. ventriculare
Lig. vocale
  (Cartilago sesamoidea)
Lig. cricoarytaenoideum capsulare
Lig. cricoarytaenoideum posterius
Epiglottis
  Petiolus epiglottidis
  Tuberculum epiglotticum
  Cartilago epiglottica
Lig. thyreoepiglotticum
Lig. hyoepiglotticum
Cartilago cuneiformis [Wrisbergi]
Tuberculum cuneiforme [Wrisbergi]
Tuberculum corniculatum [Santorini]

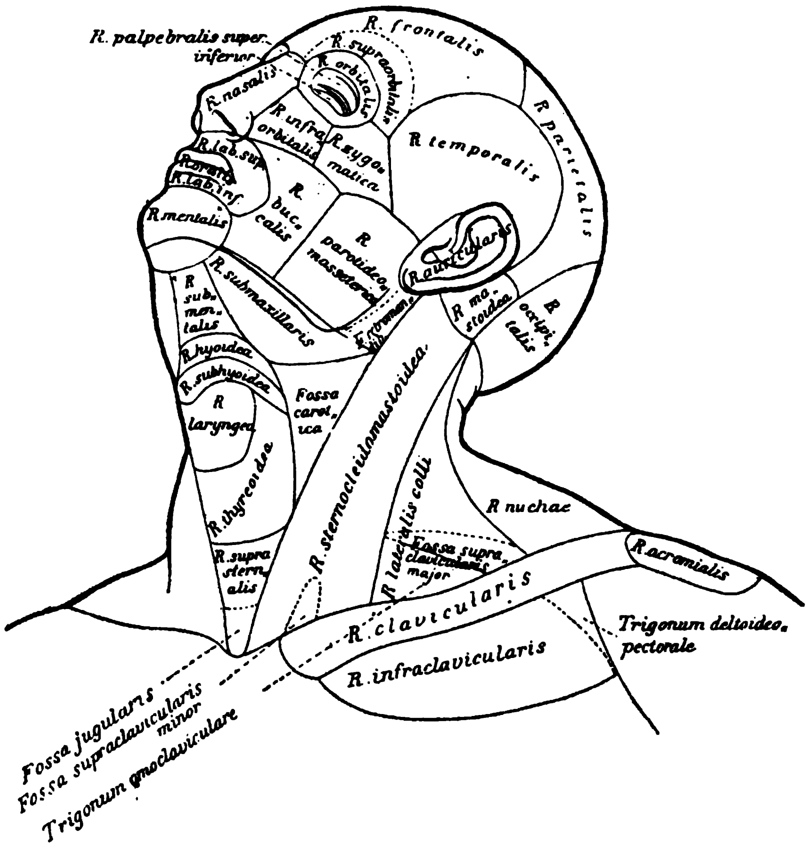
Musculi laryngis.

M. aryepiglotticus
M. cricothyreoideus
  Pars recta
  Pars obliqua
M. cricoarytaenoideus posterior
(M. ceratocricoideus)
M. cricoarytaenoideus lateralis
M. ventricularis
M. vocalis
M. thyreoepiglotticus
M. thyreoarytaenoideus [externus]
M. arytaenoideus obliquus
M. arytaenoideus transversus

Cavum laryngis.

Vallecula epiglottica
Aditus laryngis
Vestibulum laryngis
Rima vestibuli
Labium vocale
Glottis
Rima glottidis
  Pars intermembranacea
  Pars intercartilaginea
Ventriculus laryngis [Morgagnii]
  Appendix ventriculi laryngis
Tunica mucosa laryngis
Membrana elastica laryngis
Conus elasticus
Plica glossoepiglottica mediana
Plica glossoepiglottica lateralis
Plica aryepiglottica
Plica nervi laryngei
Plica ventricularis
Plica vocalis
  Macula flava
Aditus glottidis inferior
Aditus glottidis superior
Incisura interarytaenoidea
Gl. laryngeae
  Gl. laryngeae anteriores
  Gl. laryngeae mediae
  Gl. laryngeae posteriores
Noduli lymphatici laryngei

Aus Regiones corporis humani:



Ich muss mich hier auf die Wiedergabe des Vorstehenden beschränken. Selbstverständlich kommen auch in anderen Abschnitten z. B. der Neurologie oder der Angiologie auch für uns wichtige Dinge vor. Für unsern Zweck aber wird das Mitgetheilte genügen. Aus den „Erläuterungen zu dem Namenverzeichniss" gebe ich nun die dazu gehörigen Bemerkungen im Wortlaute:

Splanchnologie.

„Als Tonsilla lingualis ist von der Commission nach Coll. Waldeyer's Vorschlag, die Gesammtheit der der Zungenwurzel angehörigen Balgdrüsen, der Folliculi tonsillares zusammengefasst worden.

„Sulcus terminalis, (Ductus lingualis), ***Ductus thyreoglossus,*** Si-

nus tonsillaris, Plica triangularis, Fossa supratonsillaris. In Betreff dieser Bildungen kann ich (i. e. W. His) auf meine Anatomie menschlicher Embryonen (III. Leipzig 1885) verweisen. Der Zungenkörper und die Zungenwurzel gehen aus zwei ursprünglich getrennten Anlagen hervor, der Körper aus einem von dem Boden der Mundhöhle unpaarig emportretenden Wulst (dem Tuberculum impar), die Zungenwurzel aus den von beiden Seiten her zusammentreffenden inneren Hervorwölbungen der zweiten und dritten Schlundbogen. An der Grenze der beiden Anlagen erhält sich in der Regel zeitlebens eine im Winkel gebrochene Furche, der Sulcus terminalis linguae. Das hintere Ende der Furche endet im Foramen caecum, das vordere läuft jederseits vor dem Arcus palatoglossus aus. Die Bogenlinie der Papillae vallatae liegt 5—8 mm weit vor dem Sulcus terminalis im Gebiete des eigentlichen Zungenkörpers. Vom Foramen caecum aus reicht häufig ein Gang, der Ductus lingualis, bis in eine Tiefe von ½ oder 1 cm und darüber, in der Richtung nach dem Zungenbein herab. Dieser Gang ist ein Rest des embryonalen Ductus thyreoglossus, welcher zu Ende des ersten Monats vom Mundrachenraum aus nach der mittleren Schilddrüsenanlage hingeführt hatte.

„Der aus den zwei Schlundbogen hervorgegangene Arcus glossopalatinus läuft medialwärts in eine scharf begrenzte dreieckige Sachleimhautfalte aus, die Plica triangularis. Diese beginnt oben schmal und verbreitert sich bei ihrem Ansatz an die Zunge. Hinten und lateralwärts von ihr liegt eine beim Foetus tiefe Bucht, der Sinus tonsillaris, von deren Grund aus sich die Gaumentonsille entwickelt. Je nach Grad und Ausdehnung der adenoiden Wucherungen können nun folgende verschiedene Möglichkeiten eintreten:

1. Die Tonsille hebt sich als scharf umgrenzter Wulst von der übrigen Bucht ab, und über ihr liegt eine hoch hinauf sich erstreckende Fossa supratonsillaris.

2. Die Tonsille füllt die Bucht beinahe vollständig aus, wobei die Fossa supratonsillaris noch offen sein kann. Die Plica triangularis liegt dem unteren Theil der Tonsille flach auf und verwächst mit ihr, ohne indessen ihre scharfe Abgrenzung einzubüssen.

3. Es kommt auch an der freien Oberfläche der Plica triangularis zur Entwickelung von Lymphknötchen, und in extremen Fällen verliert sich deren Abgrenzung gegen die übrige Tonsille.

„Recessus pharyngeus [Rosenmuelleri]. Merkel scheidet in seiner topographischen Anatomie (I, 416) nach Tourtual den Recessus infundibuliformis [Rosenmuelleri] von der zu ihm hinführenden Seitenrinne des Pharynx, die er mit Tourtual als Sinus faucium lateralis bezeichnet. Die Commission hat auf die Aufnahme letzterer Bezeichnung verzichtet. Charakteristisch für den Rosenmüller'schen Recessus ist seine Lage hinter der knorpeligen Tuba Eustachii, während der Tourtual-Merkel'sche Sinus lateralis weiter unten, hinter der Plica salpingopharyngea liegt.

„Auch in Betreff der Bursa pharyngea verweise ich auf die einlässliche Besprechung von Merkel (a. a. O. 413). Nach meinem Dafürhalten muss die Bursa pharyngea mit den durch die Mm. recti capitis anteriores bedingten Wöl-

bungen der hinteren Pharynxwand in Verbindung gebracht werden. Bei der Darstellung von hintenher zeigt der uneröffnete Pharynx drei leistenartige Hervortreibungen seines Anheftungsgebietes. Die beiden seitlichen Leisten sind die von aussenher gesehenen Rosenmüller'schen Taschen. Die in der Mittelebene liegende, am Tuberculum pharyngeum oss. occipitis festhaftende Leiste schiebt sich zwischen die beiden Muskelansätze ein, und ihr entspricht, bevor es zur ausgiebigen Entwickelung der Rachentonsille kommt, an der Innenfläche der hinteren Pharynxwand eine mediane Längsfurche. Die Rachentonsille zeigt, ähnlich der Zungentonsille, zur Zeit ihres ersten Auftretens ein System nach abwärts convergirender Faltenzüge mit zwischenliegenden Furchen. Die mittlere dieser Furchen führt zur Bursa pharyngea, daher Merkel die Bursa kurzweg als mediane Tonsillenspalte gedeutet hat.

„Nasus. Soweit die hier augezählten Namen den bisherigen Lehrbuchbedarf überschreiten, sind sie zum grossen Theil G. Schwalbe[1]) entnommen, welcher sich seinerseits in manchen Punkten an H. Meyer angeschlossen hat. Limen nasi ist der Grenzwall zwischen dem von den beweglichen Knorpeln eingefassten Vestibulum und der eigentlichen Nasenhöhle. Ueber dem Limen liegt das Atrium meatus medii (die Carina von Merkel), in das von oben her der schräg herabsteigende Agger nasi, das Rudiment einer vorderen Muschel, hineinreicht. Sulcus olfactorius ist die schmale Spalte, welche vom Atrium aus zwischen dem Agger nasi und dem Dach der Nasenhöhle gegen die Lamina cribosa und gegen den vorderen Theil der Regio olfactoria hinaufführt. Recessus sphenoethmoidalis ist die im Bereich der oberen Muschel liegende, zuweilen von einer Concha suprema überragte, dem oberen Nasengang parallele Rinne. Meatus nasopharyngeus ist der unter dem Keilbeinkörper durch, in den Pharynx sich öffnende Theil des Nasenraumes. Als Meatus nasi communis haben wir die neben dem Septum liegende, durch die gesammte Höhe des Nasenraumes sich erstreckende Spalte bezeichnet. Processus sphenoidalis septi cartilaginei (Kölliker) ist ist ein 4—6 mm breiter zungenförmiger Fortsatz des Scheidewandknorpels, welcher dem unteren Rande der Lamina perpendicularis des Siebbeines folgt und von den beiden Randplatten des Vomer mehr oder minder vollständig eingeschlossen wird.

„Larynx. In einem der Anatomie des Stimmbandes gewidmeten Aufsatze erörtert B. Fränkel[2]) die historische Umbildung der auf Stimmritze und Stimmbänder bezüglichen Namen. Den Namen Glottis hat Galen geschaffen und für ein körperliches Gebilde gebraucht, das er den Zungen eines Musikinstrumentes vergleicht. Vesal und Fabricius ab Aquapendente bezeichneten mit demselben Namen abwechselnd die Stimmritze und die sie umfassenden Lippen. Die feste Einbürgerung der Worte Glottis für Stimmritze und Ligamenta glottidis für Stimmbänder führt sich auf Morgagni (1718) zurück, der Gebrauch des Ausdruckes Chorda vocalis auf Ferrier (1744). Das Wort Stimmband Lig. vocale scheint erst in diesem Jahrhundert aufgekommen zu sein, es findet sich zuerst bei Liscovius (1814). Beachtenswerth erscheint auch die Definition, welche

---

1) Anatomie der Sinnesorgane. Leipzig 1887.
2) Archiv f. Laryngologie. I. S. 1.

Luschka in seiner Monographie über den Kehlkopf (Tübingen 1871, S. 48) für das Wort Glottis giebt: „Indem die beiden Stimmbänder zusammen das für die Tonerzeugung nöthige Zungenwerk (Glottis) . . . darstellen, kann die zwischen ihnen befindliche Spalte selbstverständlich nicht Glottis heissen, sondern muss nothwendig von dieser als Rima glottidis unterschieden werden."

„Nachdem (Lauth 1835) die elastische Haut des Kehlkopfes und als deren Bestandheile die elastischen Ligg. thyreoarytaenoideae nachgewiesen hatte, trat im Wortgebrauch ein gewisser Conflict ein, indem einige Autoren unter den Chordae vocales oder Ligg. vocalia nur die elastischen Ligg. thyreoarytaenoidea verstanden, andere dagegen, und unter diesen besonders die Laryngologen, mit dem Worte Stimmband die gesammte, die Glottis umfassende Lippe bezeichneten. Fränkel der auf diesen Widerspruch aufmerksam macht, bemerkt zwar, dass es vielleicht besser gewesen wäre, für das Gesammtgebilde einen eigenen Namen zu haben, wehrt sich aber weiterhin sehr entschieden und unter Ablehnung der Ansprüche der Anatomen, für die Ausdehnung des Wortes Stimmband auf den ganzen Stimmkörper.

„Eine einheitliche und vereinfachte Namengebung auf diesem Gebiete ist unerlässlich, und auch die alten Bezeichnungen von Glottis vera und Glottis spuria, sowie die schwerfälligen Bezeichnungen von Ligg. thyreoarytaenoidea superiora und inferiora u. a. m. dürfen bei dem Anlasse unbedenklich über Bord geworfen werden. Die von der Commission angenommenen Namen sind:

Labium vocale für den prismatischen Gesammtkörper,
Plica vocalis für die Schleimhautfalte,
Lig. vocale für das elastische Band,
M. vocalis für den Stimmapparat, und
Rima glottidis für die Stimmritze.

Letztere beiden Worte werden also im ähnlichen Sinne unterschieden, wie Os der Mund und Rima oris die Mundspalte.

„Für die unechten Stimmbänder der älteren Anatomen pflegen die Aerzte das bequemere Wort „Taschenband" zu gebrauchen, bei dessen Annahme wir:

Plica ventricularis, Taschenfalte,
Lig. ventriculare, Taschenband,
M. ventricularis, Taschenfaltenmuskel;

die von den beiden Taschenfalten eingefasste Spalte, die Glottis spuria der älteren Anatomen heisst, da sie den Ausgang des Vestibulums bildet,

Rima vestibuli.

Von den früheren Mm. thyreo-arytaenoidei der Autoren heissen somit jetzt:

der M. thyreo-arytaenoideus internus	M. vocalis,
der M. thyreo-arytaenoideus internus (Henle)	M. thyreoarytaenoideus,
der M. thyreo-aryepiglotticus (Henle) oder M. thyreo-arytaenoideus superior medialis (Krause)	M. ventricularis,

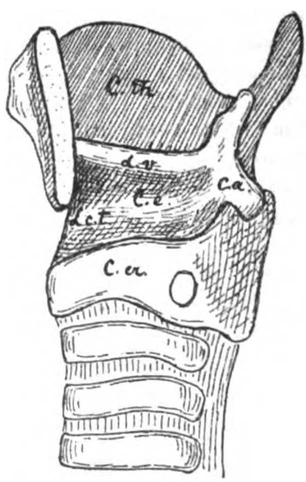
„Macula flava soll die Stelle eines am vorderen Ende des Lig. vocale, in letzterem gelegenen elastischen Knötchens bezeichnen, das durch die Schleimhaut durchschimmert, der letzteren eine gelbliche Färbung verleiht. Das Knötchen

besteht aus einer Anhäufung von elastischem Gewebe, welches Luschka und Fränkel für Faserknorpel hielten. Mit dieser Macula flava ist die in unserem Verzeichniss unbenannt gebliebene Macula lutea nicht zu verwechseln, welchen Namen B. Fränkel[1]) dem am hinteren Ende des Lig. vocale ebenfalls durch die Schleimhaut durchschimmernden Netzknorpel beilegt, der das vordere Ende des Proc. vocalis cart. arytaenoidae überdeckt. (Kr.)

„Cartilago cuneiformis [Wrisbergi]. Die Bezeichnung als Wrisberg'scher Knorpel ist neuerdings von Fränkel[2]) beanstandet worden, weil der Knorpel schon Morgagni und Camper bekannt gewesen sei. Nachdem der Knorpel so lange den Namen Wrisberg's getragen hat, erscheint eine Umtaufe bedenklich. Fränkel selber schlägt vor, es beim Namen Cart. cuneiformis bewenden zu lassen. Im Uebrigen verweise ich auf die in der Einleitung in betreff persönlicher Namen auseinander gesetzten Gesichtspunkte.

„Das Lig. cricothyreoideum [medium] ist im Grunde kein unabhängiges Band, sondern der vordere Rand jenes Gebildes, das manche Anatomen als Conus elasticus bezeichnet haben. Deshalb verlieren sich auch bei der Präparation von vorn her dessen Seitenränder nach der Tiefe hier ohne nachweisbare Grenzen. Den Gesammtconus bringt man zur Anschauung, wenn man nach Wegnahme eines Theiles der Schildknorpelplatte von der Seite her die Mm. cricoarytaenoideus lateralis, thyreoarytaenoideus und vocalis entfernt. Er erscheint dann als schräg

Fig. 7.



Kehlkopf mit präparirtem Conus elasticus. Den oberen Rand des Conus bildet das Lig. vocale, den vorderen Rand das Lig. cricothyreoideum medium.

C. th. Cart. thyreoidea. C. cr. Cart. cricoidea. C. a. Cartilago arytaenoidea. C. e. Conus elasticus. L. v. Lig. vocale L. c. t. Lig. cricothyr. medium.

---

1) Archiv für Laryngologie. 1894. Bd. I. S. 14.
2) Ebenda. Bd. II. Heft 2.

abgedachte, gelbliche Membran, welche hinten mit der Cart. arytaenoidea, vorn mit der Cart. thyreoidea und nach abwärts durchweg mit der Cart. cricoidea zusammenhängt. Den oberen Rand des Conus bildet das Lig. vocale.

„Da die gesammte Tela submucosa des Kehlkopfes reich an elastischem Gewebe ist, so wurde sie von Lauth, Tortual, Luschka u. A. in ihrer Gesammtheit als Membrana elastica laryngis bezeichnet. Der Conus elasticus ist der untere Abschnitt dieser M. elastica; der obere, von der Plica aryepiglottica und vom Taschenband eingefasste Theil heisst die Membrana quadrangularis. Von diesen verschiedenen Namen sind die Membrana quadrangularis und der Conus elasticus von der Commission nicht angenommen worden.

Die Erläuterungen schliessen mit folgenden Satz:

„Und damit mögen die Nomina anatomica dem Wohlwollen eines jeden Betheiligten auf das Eindringlichste empfohlen sein. Es giebt auch im wissenschaftlichen Leben einen Gemeinsinn, dessen Bethätigung dem Einzelnen Ehre und Befriedigung, dem Ganzen aber Fortschritt und Gedeihen bringt. Die Annahme einer gemeinsamen Schulsprache muss als ein solcher Act wissenschaftlichen Gemeinsinns verstanden und durchgeführt werden."

„Wer die grossartige Arbeit, welche die anatomische Gesellschaft für die Nomenclatur geleistet hat, ins Auge fasst und die Vortheile erwägt, welche eine einheitliche Sprache für die Wissenschaft im Gefolge haben muss, wird mir beistimmen, wenn ich den Fachgenossen vorschlage, die vorliegende Nomenclatur anzunehmen. Uns Laryngologen wird es sicher schwer fallen, auf unseren Begriff des Stimmbandes zu verzichten, aber die anatomische Gesellschaft soll nicht vergebens an unseren wissenschaftlichen Gemeinsinn appellirt haben. Wir müssen uns darüber entscheiden, ob wir die Nomenclatur so, wie sie nun beschlossen ist, annehmen wollen oder nicht; eine Auswahl können wir nicht treffen und weitere Verhandlungen sind zur Zeit ausgeschlossen. Auch bringen wir kein Opfer der Ueberzeugung, sondern müssen nur liebgewordene Gewohnheiten aufgeben. Ich habe den Versuch gemacht, ob und wie dies geht. Während ich in meiner klinischen Vorlesung die alte Sprachweise beibehalten habe, habe ich während des laufenden Semesters in dem Cursus der Laryngoskopie, welchen ich halte, die neue Nomenclatur acceptirt. Ich musste also in meinen Vorlesungen dreimal wöchentlich die alte, und zweimal die neue Nomenclatur anwenden. Es ist mir letzteres nur in den ersten Stunden schwer geworden. Dann gewann ich den Eindruck, dass in mancher Beziehung die neue Nomenclatur vorzuziehen ist; um ein Beispiel zu brauchen, so klingt es natürlicher, wenn man von einer Stimmlippenlähmung oder von Stimmlippenschluss spricht, als wenn man Stimmbandlähmung, Stimmbandschluss sagt. Herr C. Benda hat in seinem Aufsatze über die „Schleimhautleisten der Stimmlippe" (s. oben No. XIII.) die neue Nomenclatur bereits angewendet. Die Leser dieses Heftes [sc. des Fränkel'schen Archivs. Red.] können sich also selbst ein Urtheil darüber bilden. Sehen wir von dem Namen Stimmlippe, statt Stimmband ab, so ist in der neuen Nomenclatur wenig enthalten, dem wir wider-

sprechen würden. Vielleicht wird es uns auch schwer fallen die Krypten sive Lacunen, sive Follikuli der Tonsillen nun Fossulae zu nennen, oder den Hiatus semilunaris in Infundibulum ethmoidale umzutaufen und von einem Sinus maxillaris (Highmori) zu sprechen. Principielle Schwierigkeiten liegen jedoch nirgends vor und die Vortheile sind zu gross, als dass wir das Opfer, Gewohnheiten zu verlassen, versagen dürften. Die laryngologische Gesellschaft zu Berlin hat die neue Nomenclatur acceptirt und, wenn auch nirgends ein Zwang in dieser Beziehung ausgeübt werden darf und ausgeübt werden soll, so hoffe ich doch, dass die Vertreter unserer Specialität die neue Nomenclatur bereitwillig annehmen werden.

B. Fränkel."

II. Referate.

a. Aeusserer Hals, Parotis etc.

1) **C. Marsey. Ein Fall von Kiemenspalte von ungewöhnlicher Länge. Entfernung. Heilung. (A case of persistent branchial cleft of unusual length. Successful removal.)** *Lancet. 18. Mai 1895.*

Ein Mädchen von 17 Jahren mit einer Fistel rechts über der Clavicula von $3^1/_2$ Zoll Länge. Der Fistelgang wurde mit dem Messer herausgeschnitten. Der mikroskopische Befund wird besprochen.

ADOLPH BRONNER.

2) **A. Hughes. Ein schwerer Fall von Angina Ludovici von einem entzündeten cariösen Zahn ausgehend; Tod unter Chloroform. (An extreme case of angina Ludovici arising from an inflamed carious tooth. Death while under Chloroform.)** *Lancet. 23. März 1895.*

Ein Mann von 31 Jahren klagte 10 Tage über Zahnschmerzen. Es trat eine Schwellung des Unterkiefers ein, die nach 2 Tagen so stark wurde, dass incidirt werden musste. Kurz nach der Tracheotomie trat der Tod ein.

ADOLPH BRONNER.

3) **John Barlow. Ein Fall von congenitalem Tumor des Halses. (A case of congenital tumour of neck.)** *Glasgow Medical Journal. Juni 1895.*

Es wurde angenommen, dass es sich um eine atheromatöse Kiemencyste handelte, entstanden durch Einschluss epiblastischen Gewebes während des Schlusses der Spalte zwischen 2. und 3. Kiemenbogen.

A. LOGAN TURNER (P. M'BRIDE).

4) **T. H. Carslaw. Bemerkungen über zwei Fälle von Parotitis als Complication von Influenza und Pneumonie. (Note on two cases of parotitis as a complication of influenza and pneumonia.)** *Glasgow Medical Journal. Juli 1895.*

Die Ueberschrift kennzeichnet die Fälle zur Genüge.

A. LOGAN TURNER (P. M'BRIDE).

5) **C. O. Hawthorne. Bemerkungen über 4 Fälle von secundärer Parotitis. (On secondary parotitis with notes of four cases.)** *Glasgow Medical Journal. Juli 1895.*

Der Verf. stellt die verschiedenen Fälle von secundärer Parotitis, die bisher zur Publication gelangt sind, zusammen und berichtet über die verschiedenen Theorieen, die über ihre Entstehung aufgestellt sind; die bezügliche Literatur ist in einer zweckmässigen Tabelle geordnet. Darauf giebt er kurze Krankengeschichten seiner eigenen 4 Beobachtungen; bei zweien seiner Fälle bestanden gastrische Symptome, der eine hatte wahrscheinlich ein Ulcus ventriculi. Der dritte Fall trat während einer lobären Pneumonie auf, der vierte im Anschluss an eine eitrige Peritonitis.

A. LOGAN TURNER (P. M'BRIDE).

6) **Schech. Ueber Mund- und Nasenathmung.** *Münchner med. Wochenschrift. No. 9. 1895.*

Referirender Vortrag über die auf dieses wichtige Kapitel bezüglichen, in den letzten 10 Jahren erschienenen Arbeiten.

SCHECH.

7) **Grünwald. Ueber Mund- und Nasenathmung.** *Münchner med. Wochenschrift. No. 10. 1895.*

Discussion zu dem Vortrage von Schech: Demonstration von Curven an Photographien, welche die Veränderungen der Form des Brustkorbes bei Mundathmern wiedergeben.

SCHECH.

8) **C. C. Rice. Die Pflege von Nase und Hals während des Verlaufs der exanthematischen Krankheiten. (Care of the nose and throat during the course of the exanthemata.)** *N. Y. Med. Record. 9. Februar 1895. N. Y. Medical Journal. 16. Februar 1895.*

Die Behandlung, die R. empfiehlt, bezweckt die Reinhaltung und Antisepsis der oberen Luftwege, verhütet zu schnelle Verdunstung und erhält die Schleimhäute schlüpfrig, mildert die Reizung derselben und macht die Secrete alkalisch. Seiler'sche Lösung event. mit geringem Cocainzusatz wird als Spray empfohlen. Zum Schutz und zum Schlüpfrigerhalten der Schleimhäute werden ölige Lösungen benutzt. An ihrer Stelle bewährte sich in manchen Fällen Zinkpulver. Den Lösungen wurde Menthol, Carbolsäure, Thymol, Eucalyptol etc. zugesetzt.

LEFFERTS.

9) **Harrison Allen** (Philadelphia). **Alter und Geschlecht bei den Krankheiten der oberen Luftwege. (Age and sex in diseases of the upper respiratory tract.)** *Americ. Journal of the Medical Sciences. Juni 1895.*

Der Verf. bespricht verschiedene Affectionen, die seines Erachtens gewissen Lebensaltern mehr oder weniger eigenthümlich sind; so sind in der Kindheit Fremdkörper in den oberen Luftwegen ein nicht ungewöhnliches Vorkommniss, ferner adenoide Vegetationen als Ursache nasaler Verstopfung. In jüngeren Jahren sind dann hypertrophische Zustände der Nasenschleimhaut besonders häufig zu verzeichnen und in mittlerem und höherem Alter Varicositäten der Venen am Zungengrunde, die einen Hustenreiz bilden. Auch den Einfluss der

Menopause auf die Besserung früher bestehender nasaler Reizbarkeit führt der Verf. an.

Bezüglich des Geschlechts constatirt Verf. bei der Frau einen Zusammenhang zwischen Reizbarkeit der Beckenorgane und nasaler Reizbarkeit und führt 4 Fälle von beginnender Basedow'scher Krankheit an.

A. LOGAN TURNER (P. M'BRIDE).

10) **Clar** (Gleichenberg). **Ueber Waschung der Luftwege.** *Blätter f. klin. Hydrotherapie. 5. 1895.*

Unter dieser Bezeichnung versucht Cl. die consequente Einathmung zerstäubter Mineralwässer, welche in Gleichenberg in der Weise durchgeführt wird, dass eine vollkommene Separation der In- und resp. Exhalirenden in schwemmbaren Einzelcabinen durchgeführt wird.

SEIFERT.

11) **L. Fürst** (Berlin). **Zur Desinfection der oberen Luftwege.** *Therap. Monatsh. 1895. Juni.*

F. hat Tabletten anfertigen lassen aus: Acid. borici 0,5, Acid. salicyl. 0,05, Natrii chlorat. 0,1, Saccharin 0,01; hierzu auf 1000,0 Wasser Ol. Eucalypti gtt. V, Ol. Menth. pip. 5,0. Ein Stück in einer Tasse Wasser gelöst ist ein wirksames Gurgelmittel; für die Nase verdünne man es nochmals (1 : 2).

A. ROSENBERG.

b. Nase und Nasenrachenraum.

12) **St. Clair Thomson** und **R. T. Hewlett** (London). **Mikroorganismen in der gesunden Nase. (Microorganisms in the healthy nose.)** *British Med. Journal. 1. Juni 1895.*

In diesem am 28. Mai 1895 vor der Royal Medical and Chirurgical Society gehaltenen Vortrag berichteten die Verfasser über die Resultate ihrer Untersuchungen betreffend das Vorkommen von Bacterien in der gesunden Nase. Ihre wichtigen Ergebnisse, welche den gegenwärtig herrschenden Ansichten vielfach scharf gegenübertreten, sollten im Original studirt werden, da sich der Vortrag für einen kurzen Auszug durchaus nicht eignet. Hier müssen wir uns begnügen, mitzutheilen, dass, während im Naseneingang den Untersuchungen der Autoren zufolge Mikroorganismen niemals fehlen und häufig in grosser Zahl vorhanden sind, das gerade Gegentheil für die Schneider'sche Membran gilt. Die Autoren behaupten nicht, dass hier Mikroorganismen absolut fehlen, aber dass dieselben unter normalen Verhältnissen niemals in grosser Masse, selten zahlreich vorkommen, dass in mehr als 80 pCt. ihrer Beobachtungen überhaupt keine Organismen gefunden wurden, und dass der Nasenschleim vollständig steril war. Die Methode der Untersuchungen ist genau mitgetheilt und eine sorgfältige, chronologisch gesichtete literarische Uebersicht bildet die Einleitung zu dieser verdienstvollen Arbeit.

In der Discussion drückte Mr. Spencer Watson den Wunsch aus, dass

diese Untersuchungen auch an den Nasen von Kindern wiederholt werden möchten, da die Autoren nur Nasen Erwachsener zu ihren Studien benutzt hatten, und die Nasen von Kindern wegen des Mangels von Vibrissae sich in bacteriologischer Beziehung vielleicht anders verhielten. Er hielt es für möglich, dass die pathogenen Mikroorganismen speciell in den hinteren Theilen der Nase abgelagert würden. — Dr. Felix Semon beglückwünschte die Autoren zu ihrer Arbeit, bedauerte aber, dass sie die verschiedenen Species von Mikroorganismen, welche sie gefunden, nicht genau differenzirt hatten. Während er mit den Autoren übereinstimmte, dass Wunden der Nase gewöhnlich schnell heilten, frug er nach der Erklärung des nicht seltenen Vorkommens von lacunärer Tonsillitis nach intranasalen, hauptsächlich galvanocaustischen Operationen. Er lenkte ferner die Aufmerksamkeit auf die verhältnissmässige Seltenheit des Vorkommens acuter und chronischer Infectionskrankheiten in der Nase gegenüber der Häufigkeit derselben in den tieferen Luftwegen und bezweifelte stark die Annahme Mr. Spencer Watsons, dass es gerade die hinteren Theile der Nase seien, in welchen pathogene Mikroorganismen zur Ablagerung kämen, indem er die Schnelligkeit der Heilung der Wundflächen in Fällen adenoider Vegetationen betonte, bei denen überhaupt keine aseptische Nachbehandlung eingeleitet würde. — Dr. A. Mac Fadyan meinte, dass die Arbeit der Verfasser die Ungenauigkeit der gegenwärtig herrschenden Idee nachgewiesen habe, dass die Nasenschleimhaut von Bacterien schwärme. Die interessante Frage nach der Wirkung des Nasenschleims auf Mikroorganismen würde durch die Arbeit aufgeworfen: habe derselbe eine direkte bactericide Wirkung, oder sei er nur ein schlechtes Medium für das Wachsthum von Mikroben? — Dr. S. H. Habershon meinte, dass die Arbeit die interessante Frage nach der Absorption von Mikroben seitens Schleimhautoberflächen anrege. Er habe beobachtet, dass die mit Flimmerepithel bedeckten Theile des Kehlkopfes weniger zu Entzündung geneigt seien, als andere Theile desselben Organs. Vielleicht gelte dasselbe für das Flimmerepithel der Nase. — Die Autoren beantworteten die ihnen gemachten Einwürfe. — Es muss noch einmal hervorgehoben werden, dass es nicht möglich gewesen ist, im beschränkten Rahmen eines Referates eine genügende Schilderung des Vortrags und der Discussion zu geben, und dass Interessenten die Originale in den Transactions und Proceedings der Medico-chirurgical Society studiren müssen.

SEMON.

13) **Jonathan Wright. Ueber den Gefässmechanismus der Nasenschleimhaut und seine Beziehung zu gewissen pathologischen Processen. (A consideration of the vascular mechanism of the nasal mucous membrane and its relations to certain pathological processes.)** *American Journal of the Medical Sciences. Mai 1895.*

Die Gefässanordnung in der Nasenschleimhaut, in der zahlreiche Venen zwischen muskelreichen Arterien und festem Periost liegen, macht es erklärlich, dass eine Ausdehnung der Arterien eine Beschränkung des Lumens der Venen zur Folge haben muss. Diese Verengerung macht aber ihre erweiternde Wirkung wohl nur an den tiefgelegenen Venen geltend, die oberflächlichen Venen sind geschützt durch ihren Reichthum an Anastomosen untereinander und mit den Venen der Nasen-

öffnung. Excessive Erweiterung und Aufschwellung der Venen verhüten die Muskelfasern ihrer Wandung.

Die Capillargefässe kommen so dicht an die Oberfläche und die Drüsen heran, dass eine Secretion von Serum an die Oberfläche direkt ohne Mitwirkung der Drüsen stattfinden kann. Um die Drüsenöffnungen herum besteht noch ein besonders dichtes Netz von Venen, deren Anschwellung nothwendiger Weise die Drüsenausführungsgänge verschliessen muss. Vielleicht erklären diese Verhältnisse die Thatsache, dass bei der Coryza der Ausfluss anfangs ein fast klares Serum darstellt (direktes Transsudat aus den Blutgefässen), später aber schleimige Beschaffenheit annimmt, sobald die Gefässspannung nachlässt und der Drüsenausführungsgang dadurch frei wird. A. LOGAN TURNER (P. M'BRIDE).

14) **Hans Daae** (Christiania). **Ein überzähliger Zahn, welcher in der Nase gefunden wurde.** *Arch. f. Laryngologie u. Rhinologie. II. 3. 1895.*

Krankengeschichte eines Falles von Zahn in der Nasenhöhle, bei dem sehr wahrscheinlich ein überzähliger Zahnkeim vor Schluss der Gaumenspalte von der Mundhöhle in die Nasenhöhle hineingestülpt und dort zur Entwickelung gelangt war. Der Befund von mehrschichtigem Plattenepithel um den sog. Embolus, sowie die Angabe der Pat., dass sie alle Milchzähne besessen habe, machen diesen Ursprung wahrscheinlich. F. KLEMPERER.

15) **Bark. Rhinolithen. (Rhinoliths.)** *Lancet. 27. April 1895.*

Vorstellung eines Falles in der Liverpool Medical Institution. Kurze Besprechung. ADOLPH BRONNER.

16) **Bergeat. Die Verkleinerung von Sequestern in der Nasenhöhle und von Rhinolithen mittels Säuren. Notiz über einen Rhinolithen.** *Münchner medic. Wochenschr. No. 12. 1895.*

B. benützt die ungereinigte Salzsäure, welche mit einer spiralig aufgedrehten Sonde applicirt wird, und zwar in einer Sitzung 2—3 Mal. Die Sequester verkleinern sich unter Schaumentwicklung ziemlich rasch; B. meint, diese Verkleinerung mittelst Säure könne auch bei Rhinilothen in Anwendung kommen, die ohne vorherige Zerkleinerung nicht herausbefördert werden können.

SCHECH.

17) **Juvara. Zur Anatomie der Regio pterygo-maxillaris. (Anatomie de la région pterygo-maxillaire.)** *Thèse de Paris. 1895.*

Die ausgezeichnete anatomische Studie ist in einem kurzen Referat nicht wiederzugeben; es sei auf das Original hingewiesen. A. CARTAZ.

18) **Nennebert** und **H. Coppez. Exophthalmie infolge eines Syphiloms der Fossa pterygo-palatina. (Exophthalmie due à un syphilome de la fosse pterygo-palatine.)** *Annales de dermatol. VI. No. 3.*

Der Pat., ein Mann von 40 Jahren, suchte das Hospital auf wegen eines beträchtlichen Exophthalmus des rechten Auges, das sich seit 7 Monaten gebildet hatte. Die rechte Schläfengegend zeigt einen fest-weichen Tumor. In der rechten

Nase, in der Höhe der mittleren Muschel eine graurothe Geschwulst, die in den Nasopharynx hineinragt. Rechts besteht Taubheit. Keine Drüsenschwellung. Die genauere Untersuchung führt zur Diagnose eines Tumors der Fossa pterygo-palatina. Da im Rachen alte syphilitische Veränderungen zu sehen waren, wurde Pat. mit einer Inunctionskur und Jodkali behandelt. Nach einiger Zeit wurden statt der Einreibungen Injectionen von Hydrarg. cyanat. gemacht. Nach 15 Injectionen war die Heilung vollständig: Tumor und Exophthalmus verschwunden.

A. CARTAZ.

19) **Ziem** (Danzig). **Beitrag zum Studium der Augenstörungen. (A contribution to the study of injuries of the eye.)** *Glasgow Med. Journal. Januar 1895.*

Verfasser berichtet über 3 Fälle, in denen der Verlauf von Augenaffectionen durch Behandlung der Nase auf's Günstigste beeinflusst wurde. In einem Fall wurde das Antrum eröffnet, das indess keinen Eiter enthalten zu haben scheint, und dadurch das Augenleiden gebessert.

P. M'BRIDE.

20) **Wolff** (Hamburg). **Die Nebenhöhlen der Nase bei Diphtherie, Masern und Scharlach.** *Zeitschr. f. Hygiene. XIX. 2. 1895.*

Die Untersuchungen sind an dem Materiale der Abtheilung für Infectionskrankheiten im neuen allgemeinen Krankenhause zu Hamburg-Eppendorf angestellt. In 23 Diphtherietodesfällen fanden sich sehr häufig in den Nebenhöhlen der Nase pathogene Mikroorganismen, namentlich Staphylococcen, Streptococcen, Diplococcus lanceolatus. Diphtheriebacillen fanden sich nur dann in den Nebenhöhlen, wenn pseudomembranöse Nasendiphtherie bestanden hatte, resp. vorausgegangen war. Durch einige Fälle wird bewiesen, dass Kinder mit abgelaufener Nasendiphtherie noch bis 4 Monate lang in den Nebenhöhlen virulente Diphtheriebacillen beherbergen können, und nach ihrer Entlassung aus dem Krankenhause den Ausgangspunkt neuer schwerer Infectionen bilden können.

Bei Scharlach und Masern waren die Nebenhöhlen stets erkrankt, theils catarrhalisch, theils entzündlich eiterig; es fanden sich die erwähnten pathogenen Mikroorganismen.

SEIFERT.

21) **Sarasohn** (Königsberg). **Untersuchungen der Nasenhöhle und des Nasenrachenraumes an Epileptikern und Idioten.** Dissert. Königsberg. 1895.

Die Untersuchungen Kafemann's bei Epileptikern ergaben häufiges Vorkommen von adenoiden Vegetationen bei diesen Kranken. Auch bei Dementen fanden sich adenoide Vegetationen in einem enormen Verhältniss (beinahe 30 pCt.).

SEIFERT.

22) **A. G. Aldrich. Adenoide Vegetationen als hauptsächliche Ursache der Taubheit bei Kindern und jungen Leuten. (Post-nasal adenoids the chief cause of deafness in children and young adults.)** *Med. Herald. Januar 1895.*

Nichts Neues. Unter 100 Fällen von Taubheit war dieselbe 73 mal durch adenoide Wucherungen verschuldet.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

23) **W. Permewan. Ueber Gehörsstörungen und geistige Schwäche bei Kindern. (On defects of hearing and mental deficiency in children.)** *The Liverpool Medico-Chirurgical Journal. Juli 1895.*

Der Verf. betont, dass bei einem grossen Theile der Kinder, die als stupid und zurückgeblieben gelten, Störungen des Gehörs bestehen, und dass die gewöhnlichste Ursache dieser adenoide Wucherungen sind. Eine Tabelle P.'s über die diesbezüglichen Untersuchungen, die er an 203 Schulkindern anstellte, verdient die Aufmerksamkeit aller Interessenten. Sie zeigt, dass gerade die Kinder, welche die Lehrer als schlecht oder nur mässig begabt bezeichneten, erhebliche Mängel der Hörfähigkeit hatten; adenoide Vegetationen waren bei diesen tauben Kindern sehr gewöhnlich. A. LOGAN TURNER (P. M'BRIDE).

24) **W. F. Strangways. Taubheit und ihre Verhütung. (Deafness — what are we doing to prevent it?)** *N. Y. Med. Journal. 27. Juli 1895.*

Durch Verhütung und Heilung nasaler und postnasaler Störungen lassen $^2/_3$ aller Fälle von Taubheit sich verhüten. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

25) **J. Pierre. Ueber die Natur der sogen. scrophulösen Krankheiten der Augen, der Ohren, der Nase und des Rachens und ihre Behandlung an der Seeküste. (De la nature des maladies dites scrofuleuses des yeux, des oreilles, du nez, du pharynx et de leur traitement au bord de la mer.)** *Thèse de Paris. 1895.*

Die sogen. scrophulösen Entzündungen der Augen, Nasen und Ohren sind locale Erkrankungen und hängen zumeist mit einer Hypertrophie des adenoiden Gewebes im Nasopharynx zusammen. Sie sind nicht die Folge der scrophulösen Anlage, sondern sie schreiben sich wie diese von früheren Krankheitszuständen in der ersten Kindheit her. Ihre Dauer und ihr häufiges Recidiviren hängt mit dem zahlreichen Vorhandensein von Mikroorganismen in dieser hypertrophischen Mandel zusammen. Es sind daher die adenoiden Vegetationen zu behandeln; der Aufenthalt an der See wird die Heilung vollenden. A. CARTAZ.

26) **Eustace Smith. Adenoide Vegetationen bei Kindern. (Adenoid vegetations in children.)** *Lancet. 25. Mai 1895.*

Alle möglichen nervösen Affectionen sollen durch die Vegetationen bedingt sein. Bei kleinen Kindern ist der Nasenrücken flach; der untere Theil des Brustkastens ist eingezogen. Die Kinder haben eine pfeifende Inspiration (congenital Stridor) (?). Sie sind sehr nervös, leiden oft an Laryngismus stridulus und bekommen Keuchhusten in viel stärkerem Maasse (?). Convulsionen sind nicht selten, ebenso Asthma und Incontinentia urinae. Die Kinder erkälten sich leicht und sind dyspeptisch. ADOLPH BRONNER.

27) **H. Allen. Noch ein Wort über adenoide Geschwülste des Rachens. (Another word on adenoid growths of the pharynx.)** *Medical News. 22. Juni 1895.*

Durch drei Momente werden die Folgezustände adenoider Gewebsmassen im Nasopharynx in ihrem klinischen Bilde bedingt; einmal durch die Masse der Wucherungen, die zur Obstruction des Nasenrachenraums führt; zweitens durch

die Deformirung der knöchernen Wandungen, welche die Nasenathmung behindert; und drittens bei einer nicht sehr grossen Wucherung im geräumigen Nasopharynx, bei ungestörter Nasenathmung also, durch eine in ihrer Entstehung dunkle, doch ernsthafte Störung des allgemeinen Gesundheitszustandes.

Zur ersten Gruppe gehören die von W. Meyer vor wenig mehr als 25 Jahren beschriebenen Effecte der adenoiden Hypertrophie, die Mundathmung, die Deformität des Thorax, der Catarrh der oberen Luftwege, die mangelhafte Sprache, Taubheit u. s. w.

Zur zweiten Gruppe gehören die Fälle mit schmalem, engem, hochwinkligem Rachengewölbe mit geschwellten Schleimhäuten und einer kleinen normalen Masse adenoiden Gewebes. Die Symptome sind ziemlich dieselben wie bei Gruppe I, verschieden ist aber ihre Bedeutung. Von Interesse ist hier nicht so sehr der Pharynx, als vielmehr der Schädel. Man findet Beispiele für diese Gruppe bei cretinoider Mikrocephalie.

Bei der dritten Gruppe ist die Grösse der Geschwulst relativ unwichtig, sie selbst aber von grosser Bedeutung. Vor mehreren Jahren bereits wies A. auf die Möglichkeit hin (Trans. Amer. Laryngol. Assoc., 1886, p. 9), dass zwischen abnormen Adenoidmassen und der Hypophysis durch einen Canal an der Schädelbasis (Landzert's Canal) ein Zusammenhang bestehe. A. kommt auf diese Hypothese zurück und wünscht, dass bei gelegentlichen Autopsien, wenn Kinder mit adenoiden Vegetationen an intercurrenten Kinderkrankheiten sterben, auf diese Verhältnisse im Rachen und an der Hirnbasis genau geachtet werde. Die Erfahrungen der Embryologie legen eine enge Beziehung der Rachengebilde zum Gehirn, speciell zur Hypophysis und Gland. pinealis nahe. Und die Pathologie hat bereits einen Zusammenhang zwischen Erkrankung der Hypophysis und allgemeiner Ernährung aufgedeckt. A. ist der Ansicht, dass die adenoiden Vegetationen zwar in der Regel mechanisch wirken, gelegentlich aber ein Krankheitsbild hervorrufen, das mit anderen Blut- und Lymphgefässerkrankungen und Drüsenstörungen einhergeht und das in seiner Wirkung auf den gesammten Stoffwechsel der Akromegalie und dem Myxödem nahesteht. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

28) **Kendal Franks** (Dublin). **Adenoide Vegetationen. (Adenoid vegetations.)** *Dublin Journal of Med. Scienc. Februar u. März 1895.*

Ein Vortrag F.'s, der zum Ausgangspunkt einer längeren Discussion wurde; etwas Besonderes daraus ist nicht zu erwähnen. P. MC BRIDE.

29) **F. E. Hopkins. Die Recidive lymphoider Hypertrophie im Nasenrachenraum. (The recurrence of lymphoid hypertrophy in the naso-pharynx.)** *N. Y. Med. Journal. 26. Januar 1895.*

Es erscheint dem Verf. wahrscheinlich, dass die nächsten Jahre sehr viel mehr Recidive bringen werden, als bisher bekannt waren. Die schnelle Methode der Operation ist jetzt populär, und ausserdem üben so zahlreiche Aerzte jetzt den Eingriff aus, dass die Wahrscheinlichkeit unvollkommener Operationen entschieden gestiegen und damit auch die Möglichkeit des Recidivs grösser geworden ist. Man soll deshalb beim Operiren bereits die schliessliche Prognose mehr im

Auge behalten und solche Maassregeln treffen, die geeignet sind, Recidive zu verhüten. Verf. räth einmal, die adenoiden Gewebe möglichst vollständig zu entfernen — bei Kindern bis zu 15 Jahren unter Narkose — und dann vor allem auch die Nachbehandlung sorgfältiger zu handhaben. LEFFERTS.

30) **Hessler. Ueber die Operation der adenoiden Vegetationen mit dem neuen Schütz'schen Pharynxtonsillotom.** *Münchner med. Wochenschr. No. 24. 1895.*

Empfehlung des neuen verbesserten, nunmehr nur noch 25 Mark kostenden Schütz'schen Instrumentes. Verf. lässt nach der Operation nicht douchen, die Blutung ist meist eine geringe. SCHECH.

31) **Bendelack Hewetson. Neue Curette zur Entfernung von adenoiden Vegetationen. (On the removal of adenoid vegetations in the nasopharynx, with a description of a new form of scraper.)** *British Medical Journal. 6. April 1895.*

Beschreibung und Abbildung eines Ringmessers; zu beziehen durch Reynold u. Branson, Leeds. Zur Narkose wird Aether gegeben mit dem Clover-schen Inhaler. ADOLPH BRONNER.

32) **Beausoleil. Secundäre Blutung nach Entfernung adenoider Vegetationen. (Hémorrhagie secondaire consécutive à l'ablation des végétations adénoides.)** *Journal de médecine de Bordeaux. No. 23. 1. Juni 1895.*

Anlässlich einer persönlichen Beobachtung bespricht der Verf. die verschiedenen Ursachen, die dieses seltene Vorkommniss verschulden können: Hämophilie, acute Entzündung des Nasenrachenraums, organische Erkrankungen, ganz besonders aber das Alter der Operirten, das Gefässsklerose begünstigt und besonders starke Entwicklung des venösen oder arteriellen Gefässnetzes, das die adenoiden Vegetationen bedeckt. E. J. MOURE.

33) **Krebs** (Hildesheim). **Zur Operation der adenoiden Vegetationen im Nasenrachenraum.** *Therap. Monatsh. 1895. Juni.*

K. zieht die „alten Operationsmethoden" den von Chiari, Ziem und Hessler resp. Schütz empfohlenen (Schlinge-Pharyngotonsillotom) vor.

A. ROSENBERG.

34) **Hermet. Muss man adenoide Wucherungen stets operiren? (Doit-on toujours opérer les végétations adenoides?)** *Bull. et mém. de la Soc. de Laryng. de Paris. No. 1 u. 2. Januar u. Februar 1895.*

Der Verf. verneint diese Frage; er spricht den Satz aus: die Operation ist manchmal gefährlich (Beispiele werden angeführt) und oft unnütz.

E. J. MOURE.

35) **A. Wilson. Operationen wegen adenoider Vegetationen vom Standpunkt der Narkose. (Operations on post nasal adenoids from the anaesthetists's standpoint.)** *Med. Chronicle. Februar 1895.*

Bei Erwachsenen soll man mit Lachgas oder Aether beginnen und dann,

wenn nöthig, mit Chloroform fortfahren. Der Pat. soll auf dem Rücken liegen mit hängendem Kopf. ADOLPH BRONNER.

36) **G. Morgenthau. Die Aethylbromidnarkose bei der Operation postnasaler Adenoidwucherungen. (Ethyl Bromid anaesthesia in post-nasal adenoid growths.)** *Journal Am. Med. Assoc. 9. März 1895.*

M. zieht das Aethylbromid dem Chloroform oder Aether vor, besonders wegen der kurzen Dauer der Narkose. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

37) **Wilhelm Meyer** (Kopenhagen). **Adenoide Vegetationen, ihre Ausbreitung und ihr Alter. (Adenoide Vegetationer, deres Udbredelse og Alder.)** Vortrag in der medicin. Gesellschaft zu Kopenhagen. — *Hospitals-Tidende. 6. Februar 1895.*

In diesem hochinteressanten Vortrage giebt der Verf. eine Fülle von Daten, welche die universelle Weltausbreitung des Vorkommens der adenoiden Vegetationen beweist. Der Verf. hat sich in Verbindung mit Aerzten der verschiedensten Weltgegenden gesetzt, und die von diesen Beobachtern eingesandten Mittheilungen sind es, die er in vorliegendem Artikel bearbeitet hat.

In Süd-Grönland hat Dr. Helms 60 Kinder digital explorirt und gefunden, dass nur 16 (= 26,7 pCt.) keine Vegetationen hatten. Die übrigen 44 Kinder (= 73,3 pCt.) hatten ihren Nasenrachenraum mehr oder weniger mit Vegetationen ausgefüllt.

In den Indianerterritorien in North Dacota und Montana in Nord-America wurden adenoide Vegetationen häufig gefunden. Nach Mittheilungen von Dr. W. Daly hatte Dr. Quarry in North Dacota 7 Fälle im Alter von 4—9 Jahren observirt und operirt. Aus dem Staate Montana wird mitgetheilt, „dass die Mundrespiration sehr allgemein ist unter den Indianerstämmen, die um Camp Poplar River wohnen“.

In Süd-Amerika kennt man die Verhältnisse in der niedrigeren Bevölkerung nicht, während Dr. Tidemann in Montevideo mittheilt, dass adenoide Vegetationen unter den Argentinern nicht selten vorkommen.

Was China anbetrifft, sagt Dr. Cantley in Hongkong, dass Vegetationen unter den eingeborenen Chinesen sehr allgemein sind, und dass er selbst „viele“ Fälle operirt hat.

In Siam werden die Vegetationen bisweilen, aber selten, angetroffen (Dr. Deuntzen, Bangkok).

In den holländisch-indischen Besitzungen sind von Dr. Romback werthvolle Untersuchungen in dieser Beziehung gemacht. In Singkil (Sumatra) wurden 113 Personen, davon 86 javanesische Soldaten, untersucht. Unter diesen letzten hatten 3 (= 3,5 pCt.) Vegetationen. Auf der Insel Amboina wurden 326 Schulkinder untersucht. Unter den Mädchen waren keine, unter den 261 Knaben 2 (= 0,8 pCt.) adenoid. Auf der Insel Saparoen hatte unter 100 Erwachsenen keiner Vegetationen, unter 717 Schulkindern waren 5 (= 0,7 pCt.) adenoid.

Dass ein pathologischer Zustand, der in seinem Auftreten eine so enorme Ausbreitung zeigt, wie die adenoide Vegetation, von ganz modernem Ursprunge

sein sollte, hält Verf. nicht für wahrscheinlich. Um in dieser Hinsicht Beweismaterial zu gewinnen, hat M. eine genaue Durchmusterung der Portraits und Büsten, die ringsherum in den Gallerien Europas aufbewahrt sind, vorgenommen. Die interessanten Resultate, die er auf diese Weise erreicht hat, in extenso hier zu referiren, ist unmöglich. Es sei hier nur mitgetheilt, dass M. sich für berechtigt hält, anzunehmen, dass Canova, Kaiser Carl V. und möglicherweise Franz II. von Frankreich (ferner sicher Ferdinand I., vergl. Centralbl., X., S. 594, Red.) Vegetationen gehabt haben.

Unter den antiken Büsten hat M. gefunden, dass die Büsten von Marcus Aurelius Antonius und 3 Büsten (No. 80, 189 u. 192) der Braccio Chiaramonte-Abtheilung des Vatikans ein vollends typisches adenoides Gesicht besitzen.

Wir müssen es uns leider versagen, auf weitere Einzelheiten dieses interessanten Vortrages, der nur einen Bruchtheil einer grösseren geplanten Arbeit des Verf. darstellt, einzugehen. SCHMIEGELOW.

c. Mundrachenhöhle.

38) **N. Iljin** (Kiew). **Zur Biologie des Leptothrix buccalis. (K biologii Leptothricis buccalis.)** *Wratsch. 1895. No. 34.*

Die vorliegende Arbeit hat den Zweck, zu entscheiden, ob der Leptothrix buccalis, der sich mit Jod bald blau, bald gelb färbt, zwei verschiedene Arten sind, oder bloss Modificationen desselben Leptothrix buccalis. Untersucht man den Leptothrix der Mundhöhle bald nach der Aufnahme einer stärkehaltigen Nahrung, so giebt dieser Pilz immer eine starke Jodreaction. Diese Reaction wird allmälig schwächer und erlischt 12—13 Stunden nach der letzten Nahrung vollständig. Es wurde Zahnbelag genommen, dessen Leptothrix buccalis keine Jodreaction gab, in schwach alkalische, 1 procent. Stärkelösung mit etwas Zusatz von Mundspeichel gethan und in einer Temperatur von 36—38° C. gehalten. Nach $^1/_4$ Stunde gaben schon einige, nach 2—3 Stunden fast alle Leptothrix buccalis deutliche Jodreaction. Zugleich nahm der einzelne Leptothrix buccalis in dieser Nährlösung bedeutend an Grösse zu. Wurde der Nährlösung kein Mundspeichel zugesetzt, so gewann der Leptothrix buccalis nur sehr langsam die Fähigkeit der Jodreaction.

Um zu entscheiden, ob es sich bloss um eine einfache Diffusion der Stärkelösung in den Zellkörper oder um eine active Thätigkeit des Zellkörpers handelt, wurde der Leptothrix buccalis in 1 procent. Lösungen von Dextrin, Zucker, Mannit etc. gebracht, und es erwies sich, dass er auch in diesen Lösungen, wenn auch langsamer und schwächer, die Eigenschaft der Jodreaction erwerben kann.

Wurden die Leptothrix bucc.-Culturen durch Hitze von 60° C. oder durch Carbolsäure etc. getödtet und dann in die Stärkelösung gethan, so fanden sich selbst nach 24 Stunden keine Leptothrix buccalis, welche die Jodreaction gezeigt

hätten. Es handelt sich also bei Gewinnung der Jodreaction um eine active Zellthätigkeit und um keine Diffusion.

Die Jodreaction kann deshalb nicht als Unterscheidungsmerkmal der verschiedenen Leptothrix buccalis-Arten dienen. LUNIN.

39) **Ott** (Constanz). **Ueber Veränderung der Lippen als Folge lange bestehender Mundathmung.** *Arch. f. Laryngol. u. Rhinol. II. 3. 1895.*

Verf. constatirte bei einem Patienten, der wegen starker Adenoidwucherungen durch den Mund athmete, nach Operation der Vegetationen und vollständiger Freilegung der nasalen Passage ein Fortbestehen der Mundathmung. Ursache war eine Insufficienz des Mundschlusses; die Lippen waren blass, welk, dünn und „schienen zu kurz". Aehnliches beobachtete Verf. noch bei drei weiteren Pat., bei denen ebenfalls die Nasenathmung hochgradig behindert war und Mundathmung seit langem bestanden hatte; er glaubt, dass die lange Inactivität des Musc. orbicularis oris zur Atonie und Atrophie führt, und dass rechtzeitig eingreifende active oder passive Uebung dieses Muskels therapeutisch wohl von Nutzen sein könnte. F. KLEMPERER.

40) **Siegel** (Britz-Berlin). **Die Mundseuche (Stomatitis epidemica, Maul- und Klauenseuche des Menschen).** *Archiv f. Laryngologie u. Rhinologie. Bd. III. Heft 1 u. 2. 1895.*

Der durch seine bakteriologischen Untersuchungen über die Maul- und Klauenseuche bekannte Verf. giebt eine ausführliche Schilderung des klinischen Verlaufes dieser Krankheit, besonders ihrer Erscheinungen in der Mundhöhle, die durch vortreffliche Abbildungen illustrirt werden, und berichtet über seine bakteriologischen Befunde, über die Art der Infection, die Möglichkeit der Prophylaxe u. s. w. Bei der Bedeutung der Krankheit und der Neuheit des Gegenstandes, kann auf den Inhalt der Arbeit im Einzelnen nicht eingegangen, sondern nur das Studium derselben angelegentlich empfohlen werden. F. KLEMPERER.

41) **Schiff** (Wien). **Ueber Leukoplakia buccalis.** *Wiener klin. Rundschau. 1895. No. 8.*

Nach kurzer Besprechung dieses Leidens und seiner Differentialdiagnose empfiehlt Sch. besonders die Leistikow'sche Resorcin-Pasta. Dieselbe wird mehrmals täglich mit feinen Wattebäuschchen aufgepinselt, bis sich die opalinen Plaques abschälen. CHIARI.

42) **von Jaruntowski. Zur Aetiologie der tuberculösen Affectionen der Mundhöhle.** *Münchner med. Wochenschr. No. 18. 1895.*

von J. ist der Ansicht, dass die durch Caries entstandenen Höhlen in den Zähnen den Tuberkelbacillus zur Brutstätte dienen und von hier aus weiter in den Organismus eindringen können. Zum Beweise theilt J. einen Fall mit von einem bereits Tuberculösen, bei dem eine cariöse Zahnhöhle eine grosse Menge von kleinen in Häufchen liegenden Tuberkelbacillen beherbergte, die nicht aus der Lunge stammen sollten, sondern von einem tuberculösen Herd in der Zahnhöhle.

SCHECH.

43) **Thost** (Hamburg). **a) Schleimpolypen aus der Mundhöhle. b) Stenose des Larynx nach Typhus.** *Deutsche med. Wochenschr. 1895. No. 17.*

a) Th. fand bei einer Frau ein Träubchen von drei kleinen transparenten Schleimpolypen, die an einem Stiel hängend, aus der kleinen Grube entsprangen, die an der Vereinigungsstelle des harten und weichen Gaumens liegt.

Seltenes Vorkommniss.

b) Bei einem 28jähr. Manne war in der 8. Woche eines Typhus wegen Erstickungsgefahr die Tracheotomie gemacht. 5 Jahre später bekam Th. den Mann, der die Canüle noch trug, in Behandlung. Das Haupthinderniss der Entfernung der Canüle bildeten zwei Falten, die zu beiden Seiten der Trachealfistel vom Larynx abwärts sich in die Trachea erstrecken und nichts anderes sind als die stark verdickte Trachealschleimhaut. Es gelang nach gründlicher wiederholter Zerstörung der Wülste die methodische Erweiterung von der Trachealfistel aus durch solide Metallbolzen.

LANDGRAF.

44) **L. Bors. Ein neuer Mundsperrer. (A new mouth gag.)** *N. Y. Medical Journal. 27. Juli 1895.*

Vorzüge des Instrumentes sind: 1. der Sperrer kann ohne Gebrauch des Löffels in den Mund eingelegt werden; 2. der Mund steht vollständig unter der Controlle des Beobachters, der ihn nach Belieben öffnen und schliessen kann; 3. der Sperrer ist selbsthaltend, Assistenz also nicht nöthig; 4. er ist leicht auseinanderzunehmen und gründlich desinficirbar.

Eine Abbildung veranschaulicht den Gebrauch des Instrumentes.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

45) **Claisse** und **Dupré. Die Infectionen der Speichelwege. (Les infections salivaires.)** *Arch. de méd. exper. VI. 1 u. 2.*

Die Speichelinfectionen sind primär oder secundär. Die primären sind bald protopathisch und stellen dann einfache oder specifische Drüsenentzündungen dar, bald deuteropathisch (kritische, terminale Parotitis). Die secundären Infectionen, acut oder chronisch, sind bedingt durch Fremdkörper, Concretionen, Neubildungen. Primär oder secundär stammt die Infection fast stets aus dem Munde und die Infectionserreger sind gewöhnlich Staphylococcus albus und aureus, Pneumococcus, Streptococcus u. s. w.

A. CARTAZ.

46) **Marmaduke Sheild. Ein Fall von Speichelstein mit ungewöhnlichen Symptomen. (Note of a case of salivary calculus presenting unusual symptoms.)** *Brit. Med. Journal. 2. März 1895.*

Ein Mann von 35 Jahren hatte seit 2 Jahren eine schmerzhafte harte Anschwellung im Munde unter der Zunge. Die linke Submaxillardrüse war auch hart und schmerzhaft. Nach dem Essen wurden die Schmerzen grösser. Anfangs wurde ein Carcinom vermuthet. Ein grosser Stein brach spontan durch in den Mund und die Anschwellungen verschwanden.

ADOLPH BRONNER.

47) **Naegeli-Akerblom. Acute Entzündung des Ductus Riviniani und der Glandulae sublinguales.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. etc. No. 3. 1895.*

Mit Fieber, Drüsenanschwellung, Schluck- und Sprechbehinderung auftretende,

aus 2 Tumoren bestehende Geschwulst unter der Zunge bei einem 11jähr. Mädchen. Bei Druck entleerten sich einige Cubikcentimeter zähen Schleims, Rhodankalireaction zeigend; auf der Schleimhaut ein glänzender weisser Belag. Die Geschwulst ging allmählich zurück, auch konnte jedesmal bei Druck auf die Sublingualis viel Schleim entleert werden. Der Belag der Ausführungsgänge ergab keine Bacillen, sondern nur Diplokokken.

SCHECH.

48) **Foderl** (Wien). **Ueber einen Fall von congenitaler Ranula glandulae Nuhnii.** *Arch. f. klin. Chirurgie. 49. Bd. 3. Heft. 1895.*

Bei einem sonst völlig normal entwickelten Knaben beobachtete F. unmittelbar nach der Geburt eine zwischen den Lippen liegende Geschwulst, welche sich beim Schreien aufblähte, vollständig transparent war und Fluktuation zeigte, vollständig die Medianlinie einnahm. Nach der Excison eines Stückchens der Geschwulst und Entleerung einer hühnereiweiss-ähnlichen Masse collabirte der Sack so, dass ein in der Medianlinie gelegenes, dem imperforirten Ausführungsgang entsprechendes Grübchen sichtbar wurde. Es kann sich hier nur um eine angeborene, durch Imperforation und Dilatation eines Ausführungsganges entstandene Cyste handeln, welche von der ersten Blandin-Nuhn'schen Drüse ausging.

SEIFERT.

49) **Volkmann** (Dessau). **Ueber endotheliale Geschwülste, zugleich ein Beitrag zu den Speicheldrüsen- und Gaumentumoren.** *Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie. 41. Bd. 1—3. 1895.*

Die sehr interessante mit grossem Fleisse und Sachkenntniss und durch zahlreiche Abbildungen illustrirte Monographie bringt nach einer kurzen Einleitung allgemeine Bemerkungen über den Bau der endothelialen Geschwülste. In diesem Capitel finden eine Besprechung die zelligen Bestandtheile, das bindegewebige Gerüste und seine secundären Veränderungen (hyaline, myxomatöse Degeneration etc.), ferner die Blutgefässe. Hierauf folgen die Geschwülste der Speicheldrüse im Allgemeinen und der Parotis im Besonderen, ferner Casuistik von 28 endothelialen Parotisgeschwülsten, Geschwülste der Submaxillarspeicheldrüse, den Speicheldrüsentumoren analoge endotheliale Geschwülste, Tabelle über 138 Gaumengeschwülste, zwei seltene Fälle von perithelialem Alveolarsarkom, endotheliale Knochengeschwülste, verschiedenes Casuistisches. Ausführliches Literaturverzeichniss beschliesst die Arbeit.

SEIFERT.

50) **H. Foster. Ein Fall von getheilter oder doppelter Uvula. (Report of case of bifid or double uvula.)** *Med. Herald. Januar 1895.*

Es bestanden zwei Zäpfchen, getrennt bis an den Gaumenbogen, jedes von etwa normaler Grösse. Der Pat. klagt über leichte Beschwerden beim Schlucken und Sprechen.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

51) **W. Zurakowski. Ein Fall von primärem Uvulakrebs. (Przypadek pierwotnego raka jezyczka.)** *Kronika Lekarska. No. 2. 1895.*

Der äusserst seltene Fall betraf einen 71jähr. Schmied, der seit einigen Monaten an Schlingbeschwerden und Halsschmerzen litt. Bei der Untersuchung zeigte

sich die Uvula stark verdickt, die obere Fläche wie auch ein Theil des weichen Gaumens ulcerirt. Bei Palpation zeigte sich die Uvula ziemlich hart. Die Submaxillardrüsen waren vergrössert. Die Uvula sammt einem Theil des weichen Gaumens wurde operativ entfernt. Die Wunde heilte rasch. Die entfernte Geschwulst erwies sich bei der mikroskopischen Untersuchung als Carcinoma keratodes.

A. v. SOKOLOWSKI.

52) **Felix Semon. Ueber die wahrscheinliche pathologische Identität der verschiedenen Formen acuter septischer Entzündungen des Halses, welche bisher als acutes Kehlkopfoedem, oedematöse Laryngitis, Erysipelas des Pharynx und Larynx, Phlegmone des Pharynx und Larynx und Angina Ludovici beschrieben worden sind. (On the probable pathological identity of the various forms of acute septic inflammations of the throat, hitherto described as acute oedema of the larynx, oedematous laryngitis, erysipelas of the pharynx and larynx, phlegmone of the pharynx and larynx and angina Ludovici.)** *British Medical Journal. 27. April u. 18. Mai 1895.*

In diesem am 23. April 1895 vor der Royal Medical and Chirurgical Society gehaltenen Vortrag giebt der Autor in seiner Einleitung ausführlich die Gründe an, welche ihn dazu veranlasst haben, trotz mangelnder eigener bacteriologischer Beweise seine Ideen über die Frage der Natur der acuten septischen Entzündungen des inneren und äusseren Halses dem Urtheil der Gesellschaft zu unterbreiten. Er zeigt sodann die Verwirrung, welche gegenwärtig in der Nomenclatur dieser Entzündungen existirt und definirt seine eigene Stellung, indem er seine Ueberzeugung ausdrückt: „dass die verschiedenen Formen acuter septischer Entzündungen des inneren und äusseren Halses, welche bisher als ebenso viele wesentlich verschiedene Krankheiten angesehen worden sind, in Wirklichkeit pathologisch identisch sind: dass sie nichts weiter als verschiedene Grade eines und desselben Processes, die nur an Virulenz verschieden sind, darstellen; dass die Frage ihrer primären Localisation und weiteren Entwicklung aller Wahrscheinlichkeit von zufälligen Verletzungen der schützenden Oberfläche abhängt, durch welche der pathogene Mikrob, welcher die weiteren Ergebnisse veranlasst, eine Eingangspforte findet und dass es positiv unmöglich ist, an irgend einem Punkte eine bestimmte Grenzlinie zwischen den einfachen und complicirteren, oder zwischen den ödematösen und den eitrigen Formen zu ziehen“. Diese These wird sodann, wenigstens vom klinischen Standpunkte aus, durch die Mittheilung von 14 einschlägigen selbst beobachteten Fällen (2 davon mit vollem Sectionsprotocoll), welche nach dem Grundsatz zunehmender Schwere geordnet sind, bewiesen. Es wird gezeigt, dass von den leichteren Fällen, deren septische Natur wohl bezweifelt werden könnte, bis zu den schwersten und schnell tödtlichen, welche durch Pleuritis, Pericarditis, Pneumonie, Peritonitis und septische Infection des Centralnervensystems complicirt sind, so unmerkliche und allmälige Uebergänge vorkommen und dass weiterhin die serösen Entzündungsformen so unmerklich in die eitrigen übergehen, dass häufig die grössten Schwierigkeiten vorliegen, wenn man einen Fall im Einklang mit der gegenwärtigen Terminologie richtig registriren will.

Der Autor versucht sodann ein logisches klinisches Bild vom Verlauf dieser

Entzündungen zu skizziren, und die Unterschiede in ihrer ursprünglichen Localisation und in ihren verschiedenförmigen Ausbreitungen zu erklären.

Sodann bespricht er die verschiedenen Einwürfe, welche gegen seine Ansicht erhoben werden könnten, nämlich:

1. dass er keinen Beweis dafür gegeben hätte, dass die milderen Fälle in seiner Liste in Wirklichkeit septischen Ursprungs wären,

2. dass die verschiedenen primären Localisationen in diesen Fällen gegen ihre Identität sprächen,

3. dass die Variationen in der Fiebercurve ebenfalls zu zeigen schienen, dass die verschiedenen Fälle ihren Ursprung verschiedenartigen pathologischen Processen verdanken,

4. dass die Thatsache, dass das Exsudat bisweilen serösen, bisweilen eitrigen Characters sei, vom bacteriologischen Gesichtspunkte gegen die Ansicht stritte, dass der pathologische Process, welcher diese verschiedenen Formen septischer Entzündungen zeige, identisch sei.

Indem er diese Einwürfe beantwortet, legt der Verfasser speciellen Nachdruck auf die Wichtigkeit der Tonsillen als einer natürlichen Eingangspforte für die Invasion des Organismus durch pathogene Mikroben und zeigt vom bacteriologischen Standpunkt aus durch Citate aus den Arbeiten Jordan's, dass seine Ideen, so revolutionär sie vom klinischen Standpunkte aus erscheinen mögen, in Wirklichkeit eine einfache klinische Anwendung allgemeiner bacteriologischer Principien auf eine gewisse Gruppe septischer Entzündungen darstellen.

Zum Schlusse urgirt er die Nothwendigkeit einer gründlichen Revision unserer gegenwärtigen Nomenclatur der acuten ödematösen Kehlkopfaffectionen.

An diesen Vortrag, dessen Gedankengang hier nur in den äusserlichsten Zügen wiedergegeben werden kann, schloss sich eine äusserst lebhafte Discussion, welche zwei volle Sitzungen der Gesellschaft in Anspruch nahm, und an welcher sich der Präsident (Mr. Jonathan Hutchinson), Dr. F. de Havilland Hall, Mr. L. B. Lockwood, Dr. Sharkey, Mr. Butlin, Mr. Harrison Cripps, Dr. Stephen Mackenzie, Dr. Dundas Grant, Dr. Lovell Drage, Dr. Hill, Dr. Kanthack und Mr. R. W. Parker betheiligten. Es ist unmöglich, im begrenzten Rahmen eines Referats auf die einzelnen Einwürfe einzugehen, welche gegen die Ansicht des Verfassers erhoben wurden, und der Referent möchte Interessenten speciell darauf aufmerksam machen, dass es behufs wirklicher Kenntnissnahme der Arbeit selbst und der ihr folgenden Discussion ganz unerlässlich ist, beide im Original, d. h. in den Transactions und in den Proceedings der Royal Medical and Chirurgical Society zu studiren, da die in englischen medicinischen Zeitungen gegebenen Berichte ein unvollständiges und theilweise ungenaues Bild der Discussion und des ihr vorangehenden Vortrages geben. Hier muss es genügen, mitzutheilen, dass die Ansichten des Vortragenden von Dr. de Havillang Hall, Dr. Sharkey, Dr. Lovell Drage, Dr. Dundas Grant vom klinischen und von Dr. Kanthack vom bacteriologischen Standpunkte auf Grund eigener Erfahrungen warm unterstützt wurden, während der Präsident noch weiter ging als der Vortragende, und gewisse catarrhalische Entzündungen in das von letzterem aufgestellte Krankheitsbild einbeziehen wollte. Andererseits oppo-

nirten die Herren Lockwood, Butlin, Harrison Cripps, Stephen Mackenzie, Hill und Parker den Ansichten Semon's in vielen Beziehungen. Speciell stiessen sich die Gegner an dem von dem Vortragenden gebrauchten Ausdruck „pathologische Identität“ der genannten septischen Entzündungen und erklärten, diesen Ausdruck nicht verstehen zu können angesichts der von ihm selbst hervorgehobenen Thatsache, dass nicht nur ein einziger pathogener Mikrob, sondern eine ganze Reihe derselben diese Processe hervorzurufen im Stande sei.

In seinem Schlusse erklärte Semon, dass er unter dem Ausdruck „pathologische Identität“ die „Identität der pathologischen Processe“ verstünde, welche in diesen Affectionen angetroffen würden, und dass der Umstand, dass dieselben durch verschiedene pathogene Mikroorganismen hervorgerufen werden könnten, an der Identität dieser Processe ganz und gar nichts ändere; die Mikroorganismen seien, soweit die vorliegende Frage in Betracht käme, mit einander austauschbar, und die Processe blieben ganz dieselben, ob sie durch einen Streptococcus oder durch einen anderen pathogenen Mikrob hervorgerufen würden. Zum Schluss drückte Semon seine feste Ueberzeugung aus, dass diese Ansichten, die vor kurzem auch von Dr. A. Kuttner unabhängig in beredter Weise im Virchow-schen Archiv vertreten seien, in nicht ferner Zeit allgemein angenommen werden würden.

Autoreferat.

53) **J. Thresh. Ansteckende Halsaffectionen. (Infections sore throats.)** *Public Health. März 1895.*

Verf. berichtet über verschiedene epidemische Ausbrüche von Tonsillitis, bei denen die subjectiven Symptome auf Diphtheritis hinwiesen; der Loeffler'sche Bacillus wurde aber nicht gefunden. Es gebe zwei oder drei verschiedene Arten von Tonsillitis, welche ansteckender Natur seien. Es schloss sich eine Discussion an T.'s Darlegungen an.

ADOLPH BRONNER.

54) **Troquart. Zwei Fälle von Adenophlegmone des Halses im Anschluss an Angina. (Deux cas d'adénophlegmon du cou consécutif à une angine.)** *Journ. de méd. de Bordeaux. No. 23. 1. Juni 1895.*

Im ersten Falle ging eine catarrhalische, im zweiten eine Angina herpetica voraus. Die örtlichen Bedingungen für die obengenannte Complication liegen nach Verf. ausserordentlich günstig.

E. I. MOURE.

55) **T. K. Monro. Ein Fall von gleichzeitiger Ulceration der lymphatischen Gewebe im Halse und im Darme mit Vereiterung der entsprechenden Lymphdrüsen des Halses und im Mesenterium. (Case of simultaneous ulceration of the lymphatic tissues of the throat and intestines with suppuration of the corresponding glands in the neck and mesentery.)** *Glasgow Medical Journal. Mai 1895.*

Der Patient, ein Canalisationsarbeiter, wurde wegen eines Abscesses am Halse und gleichzeitiger Ulceration im Pharynx behandelt. Hohes Fieber, Delirium, Durchfälle, Exitus letalis. Die Section ergab eine ausgedehntere Vereiterung am Halse, Eiter in der rechten Mandel und Geschwüre in Rachen und Kehlkopf.

Ferner ausgebreitete Ulceration und Eiterung in den Lymphfollikeln des Dünn- und Dickdarms, Geschwüre, die weder den Typus des tuberculösen noch des typhösen hatten; Vereiterung der Mesenterialdrüsen, Peritonitis und kleine eitrige Herdchen in der Leber. Nirgends tuberculöse Bildungen; an vielen Stellen wurden grosse Staphylokokkenhaufen nachgewiesen.

Verf. stellt 3 Möglichkeiten auf:

1. das Virus sass zuerst in den Tonsillen; verschluckte Keime inficirten die Gebilde ähnlicher Natur im Darmtractus,

2. zuerst war der Darm erkrankt; die Tonsillen wurden secundär inficirt entweder per continuitatem oder durch das Blut,

3. die Hals- und Darminfection entstanden unabhängig von einander und nahezu gleichzeitig.

Eine bestimmte Entscheidung trifft Verf. nicht. Die Krankengeschichte ist sehr wenig ausführlich. A. LOGAN TURNER (P. MC. BRIDE).

56) **Felix Semon. Eine neue Form von Simulation: chronische selbst beigebrachte Ulceration des Halses. (A novel form of malingering: chronic selfinflicted ulceration of the throat.)** *British Med. Journal. 2. Februar 1895.*

In einer am 25. Januar 1895 der Clinical Society of London gemachten Mittheilung beschrieb der Vortragende den Fall einer unverheiratheten 36jähr. Dame, welche vier Jahre hindurch eine grosse Reihe ärztlicher Rathgeber über die Natur eines von ihr selbst durch Application von Höllenstein oder einem ähnlichen Aetzmittel erzeugten Halsleidens dermaassen zu täuschen gewusst hatte, dass sie u. a. von einem derselben so energisch mit Quecksilber-Einreibungen behandelt war, dass sie sämmtliche Zähne verlor. Der Anblick der afficirten Theile war ein im hohen Grade verblüffender: er passte auf keine bestimmte Krankheitsform, liess aber an Syphilis, Diphtheritis und Pemphigus denken. Was jedoch sofort den Verdacht des Beobachters erregte, war der Umstand, dass, während der ganze weiche Gaumen, die Tonsillen und die hintere Pharynxwand eine Masse von Geschwüren, Entzündung, Infiltration etc. bildete, diese anscheinend schwere Affection sowohl nach oben wie nach unten hin mit zwei fast parallelen Rändern scharf da abschnitt, wo es der Kranken schwer gewesen wäre, selbst Applicationen vorzunehmen: sowohl der Nasenrachenraum wie der tiefere Abschnitt des Rachens und der Kehlkopf waren vollständig frei! — Nachdem sich im Laufe von 14 Tagen wohl die Details des Bildes, nicht aber seine Begrenzung geändert hatten, und der Beobachter von der Mutter der Kranken erfuhr, dass häufig Veränderungen von 12 zu 12 Stunden einträten, sagte er der Patientin auf den Kopf zu, dass sie selbst ihr Leiden verursache, und ihre Vorgeschichte, von der er nunmehr zuerst erfuhr (sie hatte früher schon künstlich Blasenbildung einer Mamma unterhalten, und sich künstlich Chromidrosis unter den Augen fabricirt), wie die Art der Vertheidigung der Patientin bestätigten völlig seinen Verdacht. Es war nicht möglich, die Patientin zu bewegen, sich kurze Zeit hindurch strenger Ueberwachung zu unterwerfen und die letzten Nachrichten, die er durch die Mutter erhielt, zeigten, dass die Kranke fortfährt Ulceration des Rachens zu simuliren. — Der Vortragende bemerkte, dass er es für seine Pflicht hielte, den Fall zu veröffentlichen, weil, so

vielseitig die Formen der Simulation von Krankheiten seien, er keinen Fall kenne, in welchem das Innere des Halses zum Schauplatz dieser Vornahme ausersehen worden sei.

An der lebhaften Discussion über den Fall betheiligten sich der Präsident (Mr. J. W. Hulke), Dr. Guthrie, Mr. Joseph White, Dr. Wilberforce Smith, Dr. Hale White und Mr. Pierce Gould, welche sämmtlich von analogen Fällen auf anderen Gebieten zu berichten wussten. Von Interesse war Dr. Guthrie's Vermuthung, dass die Patientin sich ihren Hals zum Schauplatz ihrer Vornahme ausersehen habe, weil bei der Hysterie öfters Anaesthesie des Pharynx vorhanden sei, so dass sie ihre Manipulationen, ohne sich Schmerz zu verursachen, habe ausführen können. Der Vortragende erwiderte, dass er leider nicht sagen könne, ob Anaesthesie des Pharynx in diesem Falle vorhanden gewesen sei; jedenfalls wurde weder über spontanen Schmerz geklagt, noch bei Sondenberührung irgend welches Schmerzgefühl geäussert. Autoreferat.

57) **J. Wright. Einige Bemerkungen über ein paar Fälle von Mycosis der Nase und des Halses. (A few remarks on some cases of mycosis of the nose and throat.)** *N. Y. Med. Journal. 6. Juli 1895.*

Verf. berichtet über 4 Fälle; aus diesen wie aus anderen bekannt gegebenen Fällen geht hervor, dass Mykosen klinisch und mikroskopisch an jeder Stelle des Athemtractus zu beobachten sind, wenn die bisher unbekannten Bedingungen für ihre Ansiedlung günstig liegen. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

58) **Felix Semon. Sensorische Halsneurosen des Climacteriums. (The sensory throat neuroses of the climacteric period.)** *British Med. Journal. 5. Januar 1895.*

Verf. gedenkt im Eingange des häufigen Zusammenhangs zwischen Affectionen der Sexualorgane und der oberen Luftwege. (Vergl. Inaugural-Dissertation von Dr. Gustav Endriss). Er bespricht in der vorliegenden Arbeit nur die sensorischen Halsneurosen der Menopause und betont deren Häufigkeit und praktische Wichtigkeit.

Symptome: 1. Paraesthesie: verschiedenartige und nicht genau localisirte Gefühle von Brennen, Trockenheit, Kitzeln, Fremdkörpern (Knochen, Fischgräte, Haar, Nadel etc.)

2. Neuralgie: localer Schmerz an einer Seite, der oft nach dem Ohr ausstrahlt und nicht verschlimmert wird beim Schlucken. Seltener ausstrahlende Schmerzen, welche ihren Sitz verändern.

3. Anaesthesie ist nie von ihm beobachtet worden. Meistens sind die Beschwerden gering. Oft sind diese Neurosen die einzigen Anzeigen eines herannahenden Climacteriums.

Prognose: Schliesslich sehr gut, wenn auch zeitweise äusserst hartnäckig. Nach einigen Monaten, bisweilen aber erst nach 2—3 Jahren erfolgt Heilung.

Diagnose: Man kann nur durch Ausschluss aller localen Affectionen zur Diagnose gelangen. Besonders soll man aber auf der Hut davor sein, diese Neurosen als solche nasalen Ursprungs anzusehen, wie es jetzt leider Mode sei.

Behandlung: Alle localen wirklich pathologischen Zustände müssen zuerst behandelt werden. Die hauptsächliche Behandlung sei der moralische Einfluss. Besonders wird vor Narcoticis gewarnt. **ADOLPH BRONNER.**

d. Diphtheritis und Croup.

59) **Witthauer** (Halle a. S.). **Ueber die Serumbehandlung der Diphtherie.** *Therapeut. Monatsh. Februar 1895.*

Die Beläge waren fast immer am übernächsten Tage nach der Injection an den Rändern gelockert und theilweise abgehoben und am dritten Tage völlig verschwunden. Von den 36 Patienten sind 31 geheilt, 5 gestorben; von letzteren waren 4 tracheotomirt. Gesammtmortalität circa 14 pCt. 11 Kinder hatten oder bekamen leichtere oder schwere Nephritis, 2 hatten an Gaumensegellähmung zu leiden. **A. ROSENBERG.**

60) **Pfeifer** (Weida). **Zwei Fälle von septischer Diphtherie mit Heilserum behandelt.** *Therapeut. Monatsh. Februar 1895.*

Beide Fälle wurden geheilt. **A. ROSENBERG.**

61) **Kohts** (Strassburg i. E.). **Erfahrungen über das Heilserum.** *Therapeut. Monatsh. 1895. April.*

Die Tracheotomirten lieferten 30,77 pCt., die Nichttracheotomirten 9,1 pCt. Mortalität; das Heilserum scheint einen günstigen Einfluss auf den localen Process auszuüben, es macht die locale Behandlung nicht unentbehrlich, es verhütet nicht die secundären Erscheinungen (Herzaffection, Nephritis, Lähmungen). Die Heilresultate bei Injectionen von Heilserum in den beiden ersten Krankheitstagen differiren nicht mit den ohne Heilserum erzielten Erfolgen, wenn die Pat. auch am 1. oder 2. Krankheitstage zur Behandlung kamen.

In den schweren Fällen fand sich nach Injection von Heilserum bei der Autopsie Myocarditis und Thrombose im rechten Ventrikel, hämorrhagische Pneumonie und subpleurale Hämorrhagien.

Die Zahl der mit Heilserum behandelten Patienten ist noch zu klein, um allgemein gültige Schlüsse ziehen zu können. **A. ROSENBERG.**

62) **Sigel** (Stuttgart). **Erfahrungen mit dem Behring'schen Diphtherieheilserum.** *Medic. Corresp.-Blatt d. Württemb. ärztl. Landesvereins. No. 5. 1895.*

In der Olga-Heilanstalt wurden 8 Fälle behandelt, darunter 6 schwere; diese kamen sofort zur Tracheotomie und erhielten gleichzeitig Dosis I eingespritzt, alle wurden geheilt, die Canüle konnte durchschnittlich am 4. Tage entfernt werden. Alle Kinder hatten vorübergehend Eiweiss im Urin, schädliche Folgen traten nicht auf. In einem Falle trat nach 4 Tagen ein Rückfall auf, welcher ebenfalls mit Serum behandelt wurde. **SEIFERT.**

63) **Sigel** (Stuttgart). **Die Serum-Behandlung der Diphtherie im Olgaspital in Stuttgart.** *Medic. Corresp.-Blatt d. Württemb. ärztl. Landesvereins. No. 11. 1895.*

Von 100 mit Serum behandelten Kindern starben 12 = 12 pCt., das jüngste der Kinder war 8 Monate, 5 Kinder unter 2 Jahren waren schwer erkrankt, mussten tracheotomirt werden und starben. In 15 Fällen von 46, nicht tracheotomirt, glaubt S. durch das Serum die sonst nothwendig gewordene Tracheotomie verhütet zu haben. Von Complicationen wurden beobachtet Albuminurie in 54,02 pCt., von diesen hatten aber 80,85 pCt. schon vor der Einspritzung Albumen im Urin. Diphtherische Lähmungen fielen in 5 Fällen auf, Exanthem in 9 Fällen, dasselbe zeigte urticariaartigen Charakter. Irgend welche schädliche Folgen des Serum wurden nicht beobachtet.

SEIFERT.

64) **Adae** (Esslingen). **Die Diphtheriebehandlung mit Heilserum.** *Med. Corresp.-Bl. d. Württemb. ärztl. Landesvereins. No. 12. 1895.*

Von 25 mit Serum behandelten Fällen starben 7, bei der Mehrzahl der Fälle trat Albuminurie auf, sonstige unangenehme Nebenwirkungen fehlten.

SEIFERT.

65) **Simon. Ueber einen mit Behring'schem Heilserum behandelten Fall von diphther. Larynxstenose.** *Münchn. med. Wochenschr. No. 9. 1895.*

Mittheilung eines Falles, bei dem bereits asphyctische Erscheinungen vorhanden waren und der nach Application des Heilserum geheilt wurde.

SCHECH.

66) **Schroeder. Ueber die Serumbehandlung bei Diphtherie.** *Münchner med. Wochenschr. No. 14a u. 15. 1895.*

Die mit dem Serum im Altonaer Krankenhause gemachten Erfahrungen sind im Allgemeinen günstig zu nennen, obwohl Fälle schwerster Art mit den grössten Antitoxindosen behandelt zu Grunde gingen. Schr. meint, ob das Serum nicht für das Herz gefährlich sei, doch könne man noch nichts Positives behaupten; der prophylactische Werth des Serums scheint aber ein sehr geringer zu sein.

SCHECH.

67) **H. v. Ranke. Weitere Erfahrungen über Diphtherieserum.** *Münchner med. Wochenschr. No. 8. 1895.*

Das Heilserum ist in vielen Fällen selbst bei verspäteter Anwendung im Stande, noch eine günstige Wirkung zu entfalten, wenn auch im Allgemeinen das Procentverhältniss der Mortalität wächst mit der längeren Dauer der Erkrankung, ehe mit der Serumtherapie begonnen wurde. Nebenwirkungen des Serum, Exantheme und ein Fall fieberhafter Gelenkerkrankung, kommen zwar zur Beobachtung, doch stehen dieselben in keinem Verhältniss zu dem günstigen Resultat. Direkt schädigende Wirkungen auf Herz, Nieren oder andere Organe wurden nicht beobachtet. Zum Schluss plädirt v. R. für Verbilligung des Heilserums.

SCHECH.

68) **Heckel. Peptonurie nach Serumbehandlung der Diphtheritis.** *Münchner med. Wochenschr. No. 8. 1895.*

In 4 Fällen konnte nach Injection von Heilserum Pepton im Harn nachgewiesen werden; H. glaubt, dass es sich um eine physiologische Ausscheidung der im Heilserum enthaltenen Eiweisskörper handle. SCHECH.

69) **Lange. Ein mit Behring'schem Heilserum geheilter Fall von Diphtherie mit hochgradiger Larynxstenose.** *Deutsche med. Wochenschr. 1895. No. 7.*

Nichts von Bedeutung. LANDGRAF.

70) **Richter** (Marienburg). **Diphtheritisepidemie bekämpft mit Behring's Serum.** *Deutsche med. Wochenschr. 1895. No. 7.*

Kleine Epidemie. Es wurden 5 Heil- und 70 Schutzimpfungen ausgeführt. LANDGRAF.

71) **Risel. Die in Halle a. S. während der Zeit vom 11. November 1894 bis 15. Januar 1895 mit dem aus städtischen Mitteln beschafften Diphtherieheilserum gemachten Erfahrungen.** *Deutsche med. Wochenschr. 1895. No. 10.*

Statistik über 114 Fälle. LANDGRAF.

72) **Vierordt. Erfahrungen über Diphtherie seit der Anwendung von Behring's Heilserum.** *Deutsche med. Wochenschr. 1895. No. 11.*

V. giebt seine Erfahrungen, die er an 75 Personen — 70 davon in der Kinderklinik — gemacht hat. Dieselben sind im Allgemeinen günstig, doch sind weitere Beobachtungen nöthig. V. will sich nicht wundern, wenn sich als Resultat herausstellt: 1. dass der Process im Rachen und insbesondere das Fortschreiten auf den Kehlkopf zum Stillstand gebracht wird; 2. die croupöse Laryngitis und Tracheobronchitis in vielen Fällen Stillstand und Heilung erfährt; 3. die septische Mischinfection verhindert wird; 4. den toxischen Erscheinungen am Herzen, Nieren, peripheren Nerven vorgebeugt wird. LANDGRAF.

73) **Hoppe** (Elberfeld). **Ein Fall von Augen- und Rachendiphtherie, behandelt mit Behring'schem Heilserum.** *Deutsche med. Wochenschr. 1895. No. 12.*

H. berichtet von einem eclatanten Erfolg in einem schweren Fall von Conjunctivaldiphtherie. LANDGRAF.

74) **v. Jacobson** (Pr. Stargard). **Ueber zwei mit Heilserum und nachfolgender Tracheotomie behandelte und geheilte Diphtheriefälle.** *Deutsche medicinische Wochenschrift. 1895. No. 13.*

Titel deckt den Inhalt. LANDGRAF.

75) **Altmann** (Königshütte). **Ueber Heilserumtherapie bei Diphtheritis.** *Deutsche med. Wochenschr. 1895. No. 14.*

Gut orientirender Vortrag, gehalten im Verein der Aerzte des oberschlesischen Industriebezirks. LANDGRAF.

76) **A. Johannessen** (Christiania). **Ueber Immunisirung bei Diphtherie.** *Deutsche med. Wochenschr. 1895. No. 13.*

Bericht über 26 Immunisirungen.
Nichts von Bedeutung. LANDGRAF.

77) **M. Löwy** (Saaz, Böhmen). **Ergebnisse der Diphtheriebehandlung mit Heilserum in 11 Fällen.** *Allg. Wiener med. Zeitung. 1895. No. 11 u. 12.*

Alle, auch schwere Fälle heilten. In einem 12. Falle, der anfangs leicht verlief, entstand plötzlich Croup, der trotz Injection von Serum zum Tode führte.

CHIARI.

78) **Purjesz** (Klausenburg). **Zur Kritik der Diphtherietherapie mit besonderer Berücksichtigung der Serumtherapie.** *Wiener med. Presse. 1895. No. 11.*

In 21 Fällen hat er es verwendet; doch ist die Heilkraft des Serums noch nicht erwiesen. Das Thierexperiment zeigt die Heilung einer von Diphtherie ganz abweichenden künstlichen Erkrankung durch das Serum.

Die statistische Methode hat nur gezeigt, dass die Zahl der Todesfälle herabging. P. glaubt, dass diese Verminderung durch das Weglassen jeder reizenden, unangenehmen oder gar ätzenden Localbehandlung erzielt wurde. Zur Klärung dieser Fragen sei die Wirkung der Injectionstherapie zu vergleichen mit den Erfolgen einer mehr exspectativen Behandlung ohne jede eingreifende locale Maassnahmen, was nur auf Kliniken geschehen könne. CHIARI.

79) **Purjesz** (Klausenburg). **Weiteres zur Kritik der Serumtherapie mit besonderer Berücksichtigung der klinischen Symptome.** *Wiener med. Presse. 1895. No. 13.*

Die Temperatur fällt nicht immer auf das Serum ab, während sie auch ohne Serum oft plötzlich kritisch abnimmt. Die Lösung der Membranen erfolgt zu verschiedenen Zeiten nach der Injection. P. verlangt daher bestimmtere Beweise für die Heilkraft des Serums. CHIARI.

80) **Bókai. Meine Erfolge mit Behring's Diphtherieheilserum. (Eredményeim a Behringféle gyógysavóval.)** Vorgetragen am 9. Februar 1895 in dem Budapester kgl. Aerzteverein.

Vom 10. September 1894 bis 1. Januar 1895 wurden im Budapester Stefanie-Kinderspitale 120 an Diphtherie erkrankte Kinder ausnahmslos und ausschliesslich der Serumbehandlung unterzogen. Sämmtliche Fälle wurden bacteriologisch geprüft, bloss bei 5 Kranken konnte der Klebs-Löffler'sche Bacillus nicht nachgewiesen werden. Von den 120 Kindern waren 69, also mehr als die Hälfte, unter 3 Jahren; auf die ersten 2 Lebensjahre entfielen 45 Kranke.

Nach der Art der Erkrankung waren:

bloss Rachendiptherie	41	Kinder
Diphther. faucium et narium . . .	13	„
„ „ et conjunct. diphth.	1	„
„ „ cum vulvit. diphth.	2	„

Nicht operirte stenotische Diphtheriekranke waren 14.
Operirte „ „ „ 49.

Von sämmtlichen Kranken starben 31, die Mortalität war daher $25^1/_2$ pCt. Bei den nicht operirten Diphtheriekranken betrug die Sterblichkeit 14 pCt., bei den operirten (intubirten) Fällen 43 pCt. In den vorhergegangenen drei Jahren schwankte die Mortalität der gesammten Diphtheriefälle zwischen $53^1/_2$ — $67^1/_2$ pCt.; darunter bei den nicht operirten von 40—$45^2/_2$ pCt. und bei den operirten Erkrankten zwischen $57^2/_3$ und $77^1/_2$ pCt. Unter den 31 Todesfällen dieser Serumperiode betrafen 18 die zwei ersten Lebensjahre. 12 Kranke starben binnen 40 Stunden ihres Spitalaufenthaltes. Die unmittelbaren Todesursachen waren: Descendirender Croup bei 13 Kranken, Lungenentzündung bei 7, Sepsis bei 5, Herzlähmung bei 3, acute Nephritis, Scharlachinfection und Tuberculose bei je einem Fall.

B. hält die Verringerung der Drüsenanschwellungen am Halse, sowie die günstige Veränderung des Pulses für die ersten Zeichen der Serumwirkung. Den Einfluss des Serums auf den localen Process bei Rachendiphtherie beobachtete er am 2. resp. 3. Tage nach der Einspritzung, bei ausgebreiteten Erkrankungen erfolgte der vollkommene Schwund der Pseudomembran binnen 5—6 Tagen. Auffallend rasch war die Wirkung des Serums bei Laryngitis crouposa; 14 Kranke, die mit Larynxstenose zur Aufnahme gelangten, brauchten wegen Nachlass der Stenosenerscheinungen nach der Injection keinem operativen Eingriff mehr unterzogen zu werden. Bei keinem jener Fälle, welche ohne Erscheinungen von Larynxstenose aufgenommen wurden, entwickelte sich nach der Injection ein Weiterschreiten des diphtherischen Prozesses auf den Kehlkopf.

Der Heilungsprocentsatz bei den operirten (intubirten) mit Serum geimpften Kranken war 57 pCt. gegenüber dem $22^1/_2$ — $42^1/_3$ betragenden Procentsatz vor der Serumbehandlung. Die durchschnittliche Dauer der Lage des Tubus bei den geheilten Fällen war eine kürzere als früher, sie betrug 58 Stunden, vor der Serumhandlung $80^1/_2$ Stunden.

B. resümirt seine Beobachtungen in folgenden Schlusssätzen:

1. Er erachtet die Versuche mit dem Höchster Heilserum für beendet, da er auf Grund von 120 Fällen die volle Ueberzeugung von der specifischen und günstigen Wirksamkeit des durch die Höchster Fabrik in Verkehr gesetzten Behring-schen Heilserums bei Diphtherie gewonnen habe. 2. Nach seinen Erfahrungen übertrifft das Heilserum an Wirksamkeit alle anderen gegen die Diphtherie bisher angewendeten Heilverfahren. Eine andere unangenehme Nebenwirkung des Serums, als die bei ca. 10 pCt. der Fälle auftretenden Nesselausschlag-ähnlichen Erytheme habe er nicht beobachtet. 3. Bei schweren, mit Erstickungsgefahr drohenden Fällen von Kehlkopfstenose (Croup laryngis) ist der operative Eingriff (Intubation, Tracheotomie) auch neben der Serumtherapie unbedingt nothwendig. 4. In denjenigen Fällen von Diphtherie, bei welchen die Erkrankung schon vom Beginn an einen ausgesprochen septischen Charakter besitzt, ist die Wirksamkeit des Serums zweifelhaft; die nach Verlauf der Diphtherie auftretende und direkt von organischen Veränderungen bedingte, zur Herzlähmung führende Herzschwäche kann durch das Heilserum nicht beeinflusst werden. 5. Die Frage der prophylactischen Impfungen

halte er in Ermangelung eines grösseren Versuchsmateriales seinerseits noch nicht für endgültig entschieden; auf Grund seiner bisherigen Erfahrungen glaubt er jedoch, dass sich die prophylactischen Impfungen in der Praxis nicht minder bewähren werden, als die curativen Impfungen. v. NAVRATIL.

81) **Mandragora. Bericht über die Serotherapie in Bari. (Cronica della sieroterapia a Bari.)** *Puglia Med. 1895. No. 1.*

Bericht über vier mit Behring's Serum behandelte Fälle. TOTI.

82) **Egidi. Ueber Serotherapie bei Diphtherie. (La sieroterapia nella difterite.)** *Boll. mal. dell'or. 1895. No. 1.*

Nach Beschreibung dessen, was er in Paris bei Roux in den Spitälern Brousseau und Enfants malades gesehen hat, berichtet E. über zwei eigene Fälle, von denen der erste starb, der andere geheilt wurde. TOTI.

83) **Cozzolino** (Neapel). **Diphtherie, Diphtheriekranke und Serotherapie (Difteria, difterici e sieroterapia.)** *Boll. delle mal. dell'or. 1895. No. 2. Morgagni. No. 3. 1895.*

Auszug eines Berichtes über eine zu diesem Zwecke gemachte zweimonatliche Rundreise durch Deutschland und Oesterreich. Der Bericht, welcher nichts Neues bringt, enthält zahlreiche Ungenauigkeiten und noch nicht bewiesene theoretische Darlegungen, welche als unzweifelhafte wissenschaftliche Wahrheiten ausgegeben werden. TOTI.

84) **Cardone** (Toggia). **Das Behring'sche Heilserum in Toggia. (La sieroterapia Behring in Toggia.)** *Boll. delle Mal. dell'Or. 1895. No. 3.*

Das Resultat von 18 behandelten Fällen war eine Sterblichkeit von 39,99 pCt. Wenn man aber die früh von den spät behandelten scheidet, so bekommt man für erstere 83,33 pCt. Heilungen, für letztere bloss 16,66 pCt. C. ist daher mit dem Mittel sehr zufrieden. TOTI.

85) **Oliva. Zwei nach Behring behandelte Diphtheriefälle. (Due casi di difterite etc.)** *Riv. Ven. di Sc. Med. 1895. No. 6.*

Beide Fälle heilten. O. empfiehlt, grosse Dosen einzuspritzen. TOTI.

86) **Zagari** und **Calabrese. Klinische und experimentelle Untersuchungen über Diphtherietoxin und -Antitoxin. (Ricerche cliniche e sperimentali sulla tossina ed antitossina difterica.)** *Giorn. int. d. Sc. Mediche. 1895. F. 4.*

Die Verff. haben zum Theil Untersuchungen von Anderen wiederholt, zum Theil auch eigene angestellt. Es ist unmöglich, auch nur kurz darüber zu referiren, und wir müssen uns darauf beschränken zu sagen, dass die Arbeit neue Gesichtspunkte nicht bringt. TOTI.

87) **De-Amico. Ein Fall von Diphtherie, behandelt nach Behring. (Caso di difterite curato col siero Behring.)** *Incurabili. 1895. F. 5.*

Nichts Besonderes. TOTI.

88) **Massei. Die Intubation in ihrem Verhältniss zur Serumbehandlung bei Croup. (L'intubazione nel croup in rapporto colla sieroterapia.)** *Rif. Med. 1895. p. 3.*

M. demonstrirt, dass, wenn auch die Serumbehandlung im Stande sein wird, öfters Intubationen zu ersparen, so muss man doch intubiren, sobald es sich herausstellt, dass nach der Einspritzung die stenotischen Erscheinungen nicht nachlassen.

TOTI.

89) **A. E. Post** (Arnheim). **Die Diphtherie in Gelderland und die antidiphtherische Serumtherapie. (De diphtheritis in Gelderland in verband met de anti-diphtheritische serum therapie.)** *Ned. Tijdschr. voor Geneesk. 1895. I. No. 19.*

Die statistische Arbeit stützt sich auf 542 Diphtheriefälle, welche 1894 im östlichen Theile der Provinz Gelderland beobachtet worden sind. Die Mortalität war 111, i. e. 20,5 pCt. Von den 63 mit Serum behandelten Fällen war die Sterbezahl 5, i. e. 8 pCt. Die verschiedenen Aerzte, welche in diesen Fällen letztere Therapie angewendet haben — ausgenommen Einer, welcher sich sein Urtheil vorbehält —, betrachten das Serum als ein sehr wirksames Mittel, welches die Dauer der Krankheit bedeutend verkürzt. Schädliche Folgen dieser Therapie sind nicht beobachtet worden. Für die Details empfiehlt sich das lesenswerthe Original.

H. BURGER.

90) **Sörensen** (Kopenhagen). **Versuche mit der Serumbehandlung (deutsches Serum). (Forsög med Serumbehandling [tysk Serum].)** *Hosp. Tidende. April 1895.*

Der Verf. hat in dem Kopenhagener Epidemie-Hospital Gelegenheit gehabt, in dem Zwischenraume vom 16. October 1894 bis 6. Februar 1895 die Serumtherapie bei 61 Pat. anzuwenden. Von diesen 61 Pat. starben 17, geheilt waren 26 und 18 noch in Behandlung.

Der Verf., der die meisten Krankengeschichten in seiner Arbeit ausführlich publicirt, hat in dieser Versuchsreihe den Eindruck gewonnen, dass die Serumtherapie keine auffallend günstige Wirkung auf den Ausgang der Fälle gehabt hat, und dass auch eine frappante Einwirkung auf das Allgemeinbefinden der Patienten oder auf die localen Processe nicht beobachtet werden konnte.

Blutungen waren häufiger bei den mit Serum behandelten Patienten, als unter den nicht injicirten.

SCHMIEGELOW.

91) **G. Variot. Soll man gegenwärtig das Diphtherieheilserum zur prophylactischen Impfung beim Menschen in Anwendung ziehen? (Doit-on employer actuellement le sérum antidiphthérique comme procédé d'immunisation chez l'homme.)** *Journ. de clin. et de thérap. infant. 7. März 1895.*

Verf. beantwortet die obige Frage negativ: Die Serumtherapie kann zu Störungen Anlass geben, die zum mindesten peinlich sind (Fieber, Herzunregelmässigkeiten, Erytheme, Gelenkaffectionen), und ihr Effect hat keine längere Dauer als etwa 6 Wochen.

LUC.

92) **Delotte. Zwei Fälle von Croup behandelt mittelst Seruminjectionen und Intubation des Kehlkopfs. (Note sur 2 cas de croup traités par les injections de serum et l'intubation du larynx.)** *Limousin méd. März 1895.*

Nichts Besonderes. A. CARTAZ.

93) **Rappin. Die Resultate der Serumtherapie an 46 Fällen von Diphtherie. (Résultats du traitement de 46 cas de diphthérie par la sérumtherapie.)** *Gaz. méd. de Nantes. 12. März 1895.*

Die 46 mit Roux'schem Serum behandelte Fälle zerfallen in 16 Fälle von Angina diphtheritica, rein bacillär oder mit Mischinfection, mit 1 Todesfall; 24 Fälle von Angina diphtheritica mit Croup mit 3 Todesfällen; und 6 Fälle von Croup (Laryngitis diphtheritica) mit 1 Todesfall. A. CARTAZ.

94) **Boisson** (Sceaux). **Ein Fall von diphtheritischer Angina mit Roux'schem Serum behandelt, mit letalem Ausgang. (Un cas d'angine diphthérique traitée par le sérum antidiphthérique de Roux et suivie de mort.)** *Journ. de clin. et de therap. infant. 14. März 1895.*

Der Tod war die Folge zunehmender Schwäche. Verf. rechnet den Fall in die Categorie dsr toxischen Anginen, bei denen er das Serum für unwirksam hält. LUC.

95) **Variot. Fälle von Diphtherie bei Tuberculösen unter Serumbehandlung, mit tödtlichem Ausgang. (Observations de diphthérie associées à la tuberculose traitées par le sérum antidiphthérique et suivies de mort.)** *Journ. de clin. et de therap. infant. 11. April 1895.*

Verf. schliesst aus seinen Beobachtungen, dass die Seruminjectionen bei Diphtherie tuberculöser Individuen den Tod nicht zu verhüten vermögen. LUC.

96) **Romniciano. Die Serumtherapie bei Diphtheritis und ihre Zufälle. (La serotherapie antidiphtherique. Accidents.)** *Mercredi méd. 24. April 1895.*

Bericht über 2 Fälle: Der erste, eine stridulöse Laryngitis, mit Serum behandelt, weil es schwer war, Croup auszuschliessen; der zweite echte Diphtherie. Im ersten Fall trat Hämaturie und Albuminurie, ferner Erbrechen ein, im zweiten entwickelten sich ziemlich intensive Erscheinungen eines Gelenkrheumatismus. A. CARTAZ.

97) **Olivier. Ein Fall von Angina diphtheritica mit Streptococcen-Mischinfection geheilt durch Injectionen von antidiphtheritischem Serum. (Sur un cas d'angine diphthéritique avec association de streptocoques guérie par les injections de serum antidiphthérique.)** *Normandie méd. 15. April 1895.*

Nichts Besonderes. A. CARTAZ.

98) **Tison. Die Serumtherapie bei Diphtherie und die bakteriologische Diagnostik der Anginen. (La serotherapie dans la diphthérie et le diagnostic bactériologique des angines.)** *Journ. de méd. Paris. 14. April 1895.*

Nichts Besonderes. A. CARTAZ.

99) **G. Perregaux. Studie über 249 mit Serum behandelte Diphtheriefälle. (Étude sur 249 cas de diphthérie traités par le serum antidiphthérique.)** *Thèse de Paris. 1895.*

Die P.'sche Statistik deckt sich in einigen Angaben mit den von Moizard (Bull. soc. med. d. hôpit., December 1894) publicirten Ziffern. Von den 249 Fällen starben 37. Es waren reine Anginen 46 mit 2 Todesfällen; gemischte Anginen 45 mit 6 Todesfällen; reiner Croup 102 Fälle mit 19 und gemischter Croup 56 mit 10 Todesfällen. Tracheotomirt wurden 39 Fälle, von denen 14 starben, intubirt 18 (davon 6 secundär tracheotomirt) mit 7 Todesfällen.

An Complicationen wurden notirt Exantheme (Urticaria) 61, Gelenkaffectionen 21, Gaumenlähmungen 17mal; diese Complicationen wurden zum Theil erst nach der Entlassung der Kinder von den Eltern gemeldet, von P. nicht selbst beobachtet, sodass der Werth dieser Zahlen kein zuverlässiger ist.

A. CARTAZ.

100) **P. Fraser. Die Aufbewahrung des Heilserums. (The storage of antitoxin.)** *Lancet. 9. März 1895.*

Das Serum soll in Vacuo über Schwefelsäure abgedampft und als Pulver aufbewahrt werden.

ADOLPH BRONNER.

101) **B. Hunt. Die sogenannte Antitoxinbehandlung von ansteckenden Krankheiten illustrirt an der Diphtheritis. (The so called antitoxine treatment of infective diseases illustrated by diphtheria.)** *Lancet. 9. März 1895.*

Vortrag in der London Pathological Society, gehalten am 5. März.

ADOLPH BRONNER.

102) **A. Richardson. Zwei Fälle von Diphtheritis mit Antitoxin behandelt. (Two cases of diphtheria treated by antitoxin.)** *Lancet. 2. April 1895.*

Heilung beider Fälle.

ADOLPH BRONNER.

103) **C. Fraser. Fälle von Diphtheritis mit Antitoxin behandelt. (Cases of diphtheria treated by antitoxine)** *Brit. Med. Journ. 26. Januar 1895.*

Zwei Fälle werden beschrieben. Der Bacillus wurde beide Mal nachgewiesen. Heilung.

ADOLPH BRONNFR.

104) **E. Duthie, O. Maurice, H. Hayden, C. Perry, Logan. Diphtheritis mit Serum behandelt. (Cases of diphtheria treated with antitoxine.)** *Brit. Med. Journ. 2. Februar 1895.*

Verschiedene Fälle werden beschrieben.

ADOLPH BRONEER.

105) **E. Flynn, R. Hamilton. Diphtheritis und Antitoxin. (Diphtheria and antitoxin.)** *Brit. Med. Journ. 9. März 1895.*

Einige Fälle werden beschrieben.

ADOLPH BRONNER.

106) **Latham. Die Serumbehandlung bei Diphtheritis. (Antitoxin treatment of diphtheria.)** *Brit. Med. Journal. 9. März 1895.*

Kurzer Bericht mit Beschreibung zu Fällen, erstattet in der Cambridge Medical Society.

ADOLPH BRONNER.

107) **J. Wallace, R. Atkins, E. Edwards, W. Watson. Antitoxin und Diphtheritis. (Antitoxin and diphtheria.)** *Brit. Med. Journ. 16. März 1895.*

Mittheilung der Krankengeschichten mit Serum behandelter Fälle.

ADOLPH BRONNER.

108) **M. Foster, H. Andrew, A. Gossage, E. Peake, E. Yonge, V. Fisher, J. Gornall, J. Gillam. Antitoxin und Diphtheritis. (Antitoxin and diphtheria.)** *Brit. Med. Journal. 23. März 1895.*

Mittheilung von Fällen. ADOLPH BRONNER.

109) **H. Wild, A. Winkfield, R. Hickinbotham, W. Wercer, D. Wilson. Antitoxin und Diphtheritis. (Antitoxin and diphtheria.)** *Brit. Med. Journal. 30. März 1895.*

Mittheilung von Fällen. ADOHPH BRONNER.

110) **R. Worsley, E. Marsh, W. Elliot. Antitoxin und Diphtheritis. (Antitoxin and diphtheria.)** *Brit. Med. Journal. 6. April 1895.*

Verschiedene Fälle werden beschrieben. ADOLPH BRONNER.

111) **Muirhead, Winkfield, Mc Gregor, Vaisey, Fargular, Nuir. Antitoxin und Diphtheritis. (Antitoxin and diphtheria.)** *Brit. Med. Journal. 13. April 1895.*

Mittheilung von Fällen. ADOLPH BRONNER.

112) **Sims Woodhead. Antitoxin. (Serum.)** *British Med. Journal. 13. April 1895.*

Kurzer Bericht über einen in der Midland Medical Society gehaltenen Vortrag.

ADOLPH BRONNER.

113) **New York Academy. Die Antitoxin-Behandlung; ihre Resultate und Gefahren. (Antitoxin treatment; its results and dangers.)** *British Medical Journal. 20. April 1895.*

Wird an anderer Stelle referirt. (Verhandlungen der New York Academy of Medicine, 4. April 1895.) ADOLPH BRONNER.

114) **Honeyburne. Zwei Fälle von Diphtheritis mit Antitoxin behandelt. (Two cases of diphtheria treated with antitoxine.)** *British Med. Journ. 20. April 1895.*

Vortrag, gehalten in der Bradford Medical Society. ADOLPH BRONNER.

115) **Steed, Winkfield, Wight, Stocker. Antitoxin und Diphtheritis. (Antitoxin and diphtheria.)** *Brit. Med. Journal. 20. April 1895.*

Eine Anzahl von Fällen wird mitgetheilt. ADOLPH BRONNER.

116) **E. L. Marsh** (Glasgow). **Bericht über die Serumbehandlung bei Diphtherie. (Notes on cases of diphtheria treated with antitoxin.)** *Glasgow Med. Journ. März 1895.*

Ausführliche Krankengeschichten von 6 Fällen, von denen 3 starben.

P. M'BRIDE.

117) **A. J. J. Skottowe. Ein Fall von Diphtherie mit Serum behandelt. (A case of diphtheria treated with antitoxin.)** *Glasgow Medical Journal. April 1895.*

Krankengeschichte des Falles. Eine Injection von Serum, später Tracheotomie; schnelle Heilung. A. LOGAN TURNER (P. M'BRIDE).

118) **Redactionelle Notiz. Die Serumbehandlung der Diphtherie in dem Pasteur-Institut New York. (The treatment of diphtheria with the antitoxine made at the Pasteur Institute New York.)** *N Y. Med. Jonrnal. 23. März 1895.*

Ohne jede Bedeutung. LEFFERTS.

119) **George Chaffee. Zur Technik der Serumanwendung. (On the technique of using antitoxine.)** *N. Y. Med. Journal. 23. März 1895.*

Nichts Neues. LEFFERTS.

120) **Adolph Rupp. Antitoxin und Diphtheritis. (Antitoxine and diphtheria)** *N. Y. Med. Journal. 30. März 1895.*

Nichts Neues. LEFFERTS.

121) **Redactionelle Notiz. Die Serumbehandlung der Diphtheritis. (The antitoxine treatment of diphtheria.)** *N. Y. Med. Journal. 6. April 1895.*

Nichts Neues. LEFFERTS.

122) **A. P. Ohlmacher. Die Serumbehandlung bei Diphtherie. (The antitoxin treatment of diphtheria.)** *N. Y. Med. Journal. 6. April 1895.*

Ohne allgemeinere Bedeutung. LEFFERTS.

123) **James J. Mapes. Verdorbenes Diphtherieheilserum. (Damaged diphtheria antitoxine.)** *N. Y. Med. Journal. 6. April 1895.*

Eine Warnung. LEFFERTS.

124) **Geo. P. Biggs. Sectionsberichte von Patienten, die mit Diphtherieserum behandelt waren. (The results of autopsies on persons dying after treatment with diphtheria antitoxine.)** *N. Y. Med. Journal. 13. April 1895. N. Y. Med. Record. 20. April 1895.*

Die Membranen waren gewöhnlich dünn und locker. Parenchymatöse und fettige Degeneration von Herz, Leber und Nieren waren in den meisten Fällen sehr deutlich; da diese aber um so vorgeschrittener erschienen, je später die Patienten in Behandlung genommen waren, darf dem Serum eher ein hemmender Einfluss auf derartige Degenerationen zugeschrieben werden. LEFFERTS.

125) **C. H. Peck. Erfahrungen über den Gebrauch des Diphtherieheilserums zu Immunisirungszwecken. (Experiences in the use of diphtheria antitoxine for immunisation.)** *N. Y. Med. Journal. 13. April 1895. N. Y. Med. Record. 20. April 1895.*

Verf. berichtet über die Erfolge der im New York Infant Asylum an vielen

Hunderten von Kindern vorgenommenen prophylactischen Impfungen mit Diphtherieserum. Der Impfschutz schien wirksam, aber nur von kurzer Dauer zu sein.

LEFFERTS.

126) **H. M. Biggs. Erfahrungen über die Gewinnung und den Gebrauch von Diphtherieheilserum. (Experiences in the production and use of diphtheria antitoxine.)** *N. Y. Medical Journal. 13. April 1895. N. Y. Medical Record. 20. April 1895.*

Die Mortalität in der City, die früher zwischen 35 und 55 pCt. betrug, ist unter der Serumbehandlung auf 8—10 pCt. gesunken. Natürlich kann man nur einen Effect gegenüber der diphtheritischen Toxaemie vom Serum erwarten; degenerirte Herzfasern oder Nierenzellen kann es ebensowenig herstellen, wie es eine Asphyxie durch Kehlkopfstenose zu beseitigen vermag. LEFFERTS.

127) **W. H. Park. Die Technik der Production von Diphtherieheilserum. (The technique of the production of diphtheria antitoxine.)** *N. Y. Med. Journal. 13. April 1895. N. Y. Med. Record. 20. April 1895.*

Es ist nöthig, bei der Bereitung des Serums von sehr giftigen Diphtheriebacillenculturen auszugehen. Die Versuche, die Virulenz der Bacillen durch die Passage durch Meerschweinchen zu steigern, hatten keinen rechten Erfolg. Ein 2—4wöchentliches Wachsthum der Culturen ist zur Bildung des Giftes nöthig.

LEFFERTS.

128) **S. T. Armstrong. Einwände gegen die Serumbehandlung der Diphtheritis. (Objections to the antitoxine treatment of diphtheria.)** *N. Y. Med. Journal. 13. April 1895.*

Verf. bespricht die Neigung des Blutserums einer andern Species, Embolien zu erzeugen. LEFFERTS.

129) **Redactionelle Notiz. Die Serumbehandlung der Diphtheritis. (The serum treatment of diphtheria.)** *N. Y. Med. Journal. 13. April 1895.*

Es werden einige Einwände, die gegen die neue Therapie erhoben worden sind, besprochen. LEFFERTS.

130) **Schering. Der Effect des Gefrierens auf das Diphtherieserum. (The effect on freezing on diphtheria antitoxine.)** *N. Y. Med. Journal. 27. April 1895.*

Nichts von Bedeutung. LEFFERTS.

131) **Valentine Browne. Die Resultate der Serumbehandlung der Diphtheritis in Yonkers, N. Y. (Antitoxin in treatment of diphtheria in Yonkers, N. Y., and the result.)** *N. Y. Med. Record. 27. April 1895.*

Die Sterblichkeit an Diphtherie betrug 1891 in Yonkers 50 pCt. der Erkrankten, ebenso 1892 50 pCt., 1893 47,36 pCt., 1894 bei beschränkter Anwendung des Serums 34,09 pCt., im Jannar 1895 nur noch 16,6 pCt. und in den 2 Monaten Februar bis Ende März sogar nur 12 pCt. LEFFERTS.

132) **S. J. Meltzer. Der Einfluss von Seruminjectionen auf das Blut. (The effect of serum injections on the blood.)** *N. Y. Medical Journal. 27. April 1895.*

Alle Angaben bezüglich der schädlichen Wirkung heterogenen Blutes beziehen sich nur auf die intravenöse Transfusion des Blutes einer anderen Species; dass die subcutane Injection fremden Blutes globulicide Wirkungen habe, ist noch nirgends behaupt worden. LEFFERTS.

133) **A. B. Stewart. Die Serumbehandlung bei Diphtherie. (The antitoxine treatment of diphtheria.)** *N. Y. Med. Journal. 27. April 1895.*

Von rein localem Interesse. LEFFERTS.

134) **Chas. B. Fitzpatrick. Bemerkungen über die Bereitung des Diphtherieheilserums. (Notes on the preparation of diphtheria antitoxin.)** *N. Y. Med. Journal. 27. April 1895.*

Der Verf. beschreibt einige Vereinfachungen in der Technik der Serumbereitung. LEFFERTS.

135) **A. G. Rooth. Zur Frage des Werthes der Serumtherapie. (Is antitoxin of any value?)** *N. Y. Med. Record. 9. März 1895.*

Der Verf. glaubt nicht fürchten zu brauchen, dass das Serum nicht die auf es gesetzten Erwartungen erfüllt, wenn nur seine Herstellung und auch seine Anwendung den erfahrenen Händen von Kennern überlassen bleibt. LEFFERTS.

136) **J. R. Mc Creery. Ein Fall von Croup mit Heilserum behandelt. (A case of croup treated by antitoxin.)** *N. Y. Med. Record. 9. März 1895.*

Der Fall verlief zwar schliesslich günstig, ist aber doch weder für noch gegen die Heilserumtherapie zu verwerthen. LEFFERTS.

137) **Wm. A. Galloway. Conservative Anschauungen über das Heilserum. (Conservative views of antitoxin.)** *N. Y. Med. Record. 23. März 1895.*

Nichts Neues. LEFFERTS.

138) **Edward J. Ware. Ein Fall von septischer Vergiftung nach Anwendung von Diphtherieheilserum. (Report of a case of septic poisoning following the use of antitoxin.)** *N. Y. Med. Record. 30. März 1895.*

Von besonderem Interesse ist das Auftreten des eigenthümlichen Exanthems zu einer entfernten Zeit (13 Tage nach der Injection) und die später einsetzende subnormale Temperatur, die vom 10.—18. Januar anhielt. LEFFERTS.

139) **Cyrus Edson. Das Diphtherieserum. (Antitoxin in diphtheria.)** *N. Y. Med. Record. 6. April 1895.*

2 Krankengeschichten; statistische Mittheilungen; Beschreibung einer neuen Spritze etc. etc. LEFFERTS.

140) **Louis Fischer. Einige praktische Bemerkungen über die Serumbehandlung bei Diphtheritis, ihre Indicationen und Contraindicationen; mit Demonstration. (Practical points in the treatment of diphtheria with antitoxin — indications and contra-indications for the same, with demonstration.)** *N. Y. Med. Record. 6. April 1895.*

Verf. bespricht einige Punkte von allgemeinerem Interesse in anregender Weise, ohne jedoch etwas Neues zu bieten. LEFFERTS.

141) **Redactionelle Notiz. Die Serumbehandlung im Ausland. (The antitoxin treatment abroad.)** *N. Y. Med. Record. 24. April 1895.*

Nichts von Bedeutung. LEFFERTS.

142) **Redactionelle Bemerkung. Weitere statistische Mittheilungen über die Serumbehandlung bei Diphtherie. (Further statistics in regard to diphtheria antitoxin.)** *N. Y. Med. Record. 24. April 1895.*

Nichts von Bedeutung. LEFFERTS.

143) **Ino. A. Lanagan. Die Anschauungen über das Heilserum. (Views on antitoxin.)** *N. Y. Med. Record. 27. April 1895.*

Verf. bekennt sich zu conservativen Anschauungen. LEFFERTS.

144) **J. C. Davies. Antitoxin bei Diphtherie. (Antitoxin in diphtheria.)** *N. Y. Med. Record. 27. April 1895.*

Bericht über 21 mit Serum behandelte Fälle; nur 1 Todesfall.

LEFFERTS.

145) **Jos. S. Healey. Ist die gegenwärtige geringe Mortalität an Diphtheritis durch den Gebrauch des Heilserums bedingt? (Is the present low mortality in diphtheria due to the use of antitoxin serum?)** *N. Y. Medical Record. 27. April 1895.*

Nach seinen bisherigen Erfahrungen ist der Verfasser der Ansicht, dass die geringere Mortalität in der Anwendung des Serums ihre Ursache findet.

LEFFERTS.

146) **H. H. Freund. Primäre Kehlkopfdiphtherie erfolgreich behandelt mit wiederholten kleinen Dosen Behring'schen Serums No. I. (Primary laryngeal diphtheria successfully treated with divided doses of Behring's antitoxin No. I.)** *Philad. Med. News. 2. März 1895.*

Bericht über 3 günstig verlaufene Fälle. LEFFERTS.

147) **A. P. Ohlmacher. Ausführlicher Bericht über einige Versuche betreffend die Erzeugung des Diphtherieheilserums. (A detailed report of some experiments in the production of the diphtheria-antitoxin.)** *Philad. Medical News. 16. März 1895.*

Eine längere Abhandlung von rein technischem Interesse. LEFFERTS.

148) **Chas. S. Smith. Zehn aufeinander folgende Fälle von Diphtherie mit Serum behandelt. (Ten consecutive cases of diphtheria treated with the antitoxin.)** *Philad. Med. News. 23. März 1895.*

Nichts Neues. LEFFERTS.

149) **Redactionelle Bemerkung. Die Discussion der New York Academy of Medicine über die Serumbehandlung der Diphtheritis. (The discussion by the New York Academy of Medicine concerning the treatment of diphtheria with the antitoxin.)** *Philad. Med. News. 13. April 1895.*

Die Mittheilungen der verschiedenen Theilnehmer an der Discussion sind noch anderweitig publicirt und im Centralblatt referirt worden. LEFFERTS.

150) **C. F. Withington. Die Serumbehandlung der Diphtheritis. (The antitoxin treatment for diphtheria.)** *Boston Med. and Surg. Journal. 14. März 1895.*

Von 80 Fällen starben 13 = 16 pCt. Mortalität. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

151) **F. J. Pershing. Ein Fall von Diphtherie unter Serumbehandlung. (Report of case of diphtheria treated by antitoxin.)** *Pittsburgh Medical Review. März 1895.*

Nichts von Interesse. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

152) **C. T. Parrish. Erfahrungen mit dem Heilserum. (Experience with diphtheria antitoxin.)** *Virginia Med. Monthly. März 1895.*

5 Fälle wurden behandelt, alle mit gutem Erfolg.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

c. Kehlkopf und Luftröhre.

153) **C. Gerhardt. Ueber äussere Untersuchung des Kehlkopfs.** *Archiv für Laryngol. u. Rhinol. Bd. II. Heft 3. 1895.*

Verf. bespricht in der ihm eigenen knappen, inhaltreichen Form die diagnostisch verwerthbaren Zeichen, die den durch Betrachtung und Betastung der vorderen Halsfläche nachweisbaren Bewegungen des Kehlkopfes und der Luftröhre entnommen werden können. Bei heftiger Athemnoth durch Kehlkopfverengerung zeigt der Kehlkopf starke Athembewegung, bei Tracheostenose steht er meist ruhig; bei jener wird der Kopf nach rückwärts gebeugt, bei dieser mit dem Kinn gewöhnlich dem Brustbein genähert. Bei bestehendem Stridor fühlt der leise aufgelegte Finger am Halstheile der Luftröhre ein entsprechendes Schwirren, das bei Sitz des Hindernisses im Kehlkopf meist inspiratorisch allein oder doch stärker, bei tiefsitzender Verengerung der Luftröhre öfters ausschliesslich oder stärker exspiratorisch fühlbar ist. Weiter bespricht G. die Pulsation der Trachea als Aneurysmazeichen und führt einen neueren Fall von Pulsation des Kehlkopfes im Ganzen an.

Der letzte Theil der Arbeit ist den Lähmungen und Krämpfen im Kehlkopf gewidmet, soweit sie durch Betastung des Larynx erkennbar sind. Den Schluss bildet die sehr interessante Krankengeschichte einer Frau, die nach Amputation eines Oberschenkels wegen Sarcom an pulmonalen und pleuritischen Sarcommetastasen erkrankt war. Bei derselben erfolgte die exspiratorische Adduction der Stimmbänder beiderseits mit schnellem Tremor. Die Section ergab eine hühnereigrosse Sarcommetastase im rechten Frontalbein und der mit diesem verwachsenen Dura, welche in der rechten mittleren und unteren Stirnwindung des Gehirns eine etwa $2^1/_2$ cm tiefe Depression verursacht hatte. G. gedenkt der Möglichkeit, dass die zuckende Bewegung der Stimmbänder durch die Erkrankung des rechten Kehlkopfcentrums bedingt war, ohne sich jedoch bestimmt für einen derartigen Zusammenhang auszusprechen.

F. KLEMPERER.

154) **G. B. Harrison. Der Keuchhusten — eine literarische Uebersicht über die Bakteriologie und Therapie dieser Krankheit. (Pertussis — a synoptical review of the bacteriological and therapeutical literature of that disease.)** *Maryland Med. Journal. 9. u. 16. Februar 1895.*

Nichts besonders Erwähnenswerthes.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

155) **Joire. Eine neue Behandlungsweise für Keuchhusten. (Un nouveau traitement de la coqueluche.)** *Bull. méd. du Nord. XXXIV. 4. Februar 1895.*

Verf. hat mit folgender Methode gute Resultate erzielt: 1. Einwickelung des Kindes, täglich $1^1/_2$ Stunden lang, in ein in eine heisse Heuabkochung getauchtes Laken; 2. innerlich Morgens und Abends 6—10 Tropfen Fenchelöl auf ein Stück Zucker.

A. CARTAZ.

156) **S. Rehfeld** (Ahrensfelde). **Keuchhusten durch Chloroforminhalationen geheilt?** *Therap. Monatsh. 1895. Februar.*

Bei einem aus anderer Ursache chloroformirten Knaben, der seit 6 Monaten an Keuchhusten litt, schwand derselbe unmittelbar nach der Narcose.

A. ROSENBERG.

157) **P. J. Eaton. Bromoform bei der Behandlung des Keuchhustens. (Bromoform in treatment of pertussis.)** *Philad. Med. News. 25. Mai 1895.*

Verf. giebt kleinen Kindern 2—6 Tropfen einer alkoholischen Lösung und steigt rasch so weit, als die Kinder es vertragen. Er glaubt, dass das Mittel die Krankheit günstig beeinflusst und die Mortalität herabsetzt.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

158) **Sonnenberger. Einige Bemerkungen über das mandelsaure Antipyrin in seiner Anwendung bei Keuchhusten zu No. 46 dieser Wochenschrift.** *Münchn. med. Wochenschr. No. 52. 1894.*

Verf. glaubt, dass die günstige Wirkung, welche Rehn mit dem mandelsauren Antipyrin erzielte, nur auf Rechnung des Antipyrin komme, das Verfasser schon lange mit anderen Autoren empfohlen habe, und das ebenfalls eine relative, reflexherabsetzende Wirkung habe.

SCHECH.

159) **Rehn. Entgegnung an H. A. Sonnenberg, die Behandlung des Keuchhustens mit mandelsaurem Antipyrin.** *Münchner med. Wochenschr. No. 5. 1895.*

Das mandelsaure Antipyrin übertrifft das einfache Antipyrin erheblich an Wirkung; ein Theil der Wirkung beruht auf der Mandelsäure. SCHECH.

160) **A. G. Aldrich. Ein Fall von Kehlkopfschwindel. (Case of laryngeal vertigo.)** *Med. Herald. Januar 1895.*

Der Patient wurde geheilt durch Cauterisation hypertrophirter Follikel im Rachen, Application milder Adstringentien in Pharynx und Larynx und äusserliche Elektrisirung. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

161) **A. L. Benedict. Laryngismus stridulus. (Laryngismus stridulus.)** *Atlantic Med. Weekly. 3. März 1895.*

3 Fälle, Erwachsene betreffend; bei einem wurde der Anfall durch Application von Jod oder Silbernitrat im Rachen, bei den beiden anderen durch Einführung des Magenschlauches ausgelöst. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

162) **Virey. Stridulöse Laryngitis mit anhaltender Aphonie. (Laryngite striduleuse avec aphonie persistante.)** *Journal de clinique et therap. infant. 21. Februar 1895.*

Die Beobachtung ist unvollständig, es fehlt die laryngoskopische Untersuchung. Die Aphonie heilte spontan. A. CARTAZ.

163) **Huchard. Stridulöse Laryngitis. (Stridulous laryngitis)** *N. Y. Medical Record. 4. Mai 1895.*

Verf. giebt einem Kinde von $4^1/_2$ Jahren 3,5 gr Bromkali täglich 5—8 Tage lang. LEFFERTS.

164) **Scheier** (Berlin). **Beitrag zu den Coordinationsstörungen des Kehlkopfes.** *Wiener med. Presse. 1895. No. 23 u. 24.*

Einen Fall von Aphonia spastica oder phonischem Stimmritzenkrampf beobachtete Sch.; Pat. wurde intubirt, elektrisirt, cocainisirt u. s. w. ohne bleibenden Erfolg. Ursache war hier Hysterie. Sch. bespricht in klarer Weise die Differentialdiagnose gegen Posticuslähmung, Tabes, Spasmus, Simulation etc. und kritisirt auch die verschiedenen Theorien zur Erklärung dieser Neurose.

CHIARI.

165) **B. H. Stephan** (Amsterdam). **Ein Fall von Mutismus hystericus bei Pneumonie. (Een geval van mutismus hystericus bij pneumonie.)** *Ned. Tijdschr. v. Geneesk. 1895. I. No. 15.*

Dieser Fall von Lungenschwindsucht bei einem 20jährigen Manne war bemerkenswerth durch die subnormale Temperatur, welche mit der eintretenden Resolution in eine normale überging, und durch die am zweiten Krankheitstag aufgetretene Stummheit, welche vierzehn Tage nach der Heilung des Lungenleidens spontan wieder verschwand. H. BURGER.

166) **Carl E. Langner. Zur Diagnose und Therapie der hysterischen Stumm heit (Apsithyrie).** *Arch. f. Laryngol. u. Rhinol. Bd. II. Heft 3. 1895.*

Ausführliche Krankengeschichte eines Falles von hysterischer Stummheit, dessen Hauptinteresse darin liegt, dass der Patient auf Rath von Dr. Kayser (Breslau) bei den vorgeschriebenen therapeutischen Sprachübungen eine autolaryngoskopische Controle seiner Stimmbandbewegungen ausübte; es erwies sich dieses Moment, das auf die Willenssphäre des Patienten zu wirken bestimmt war, als ausserordentlich nützlich. F. KLEMPERER.

167) **Didsburg. Die einseitige Recurrenslähmung in ätiologischer und pathogenetischer Hinsicht. (Paralysie recurrentielle unilatérale considerée au point de vue étiologique et pathogénique.)** *Arch. internation. de laryngol. No. 2. 1895.*

Die Lähmung ist auf eine Läsion des Muskels oder des Nerven zurückzuführen; Verf. bespricht die verschiedenen Ursachen desselben und sucht die Erscheinung, die sich überall beobachten lässt, dass der M. crico-arytaenoideus posticus zuerst ergriffen wird, physiologisch zu erklären. E. J. MOURE.

168) **W. Roemisch** (Freiburg i. B.). **Ueber das Verhalten der Epiglottis bei einseitiger Recurrenslähmung.** *Archiv f. Laryngologie u. Rhinologie. Bd. II. Heft 3. 1895.*

Verf. stellt alle Mittheilungen, die in der Literatur über Betheiligung des Kehldeckels bei Recurrenslähmung vorliegen, zusammen und berichtet über 13 unter 39 auf der Killian'schen Poliklinik beobachteten Fällen von Recurrenslähmung, bei denen die Epiglottis ein abnormes Verhalten zeigte. Es ergiebt sich aus dem gesammten Material, dass in einzelnen Fällen die Epiglottis bei einseitiger Recurrenslähmung schon während der ruhigen Athmung Bewegungsstörungen zeigt, seitliche Verengerung, Verbiegung oder Verdrehung nach der gelähmten oder auch nach der gesunden Seite; häufiger und übereinstimmender sind die Befunde bei der Phonation; in 27 pCt. der Fälle wurde eine Zuckung nach der gesunden Seite beobachtet. Verf. bespricht in ausführlicher Weise die anatomischen Verhältnisse der Epiglottis, ihre Muskulatur und Innervation. Er kommt zu dem Resultat, dass der Laryngeus superior und inferior bei verschiedenen Individuen in verschiedener Weise an der Innervation der Epiglottis betheiligt sind; die Verschiedenheit der Innervationsverhältnisse erklärt das verschiedene Verhalten der Epiglottis bei der Lähmung. F. KLEMPERER

169) **W. Roemisch Berichtigung.** *Arch. f. Laryngol. u. Rhinologie. Bd. III. Heft 1 u. 2. S. 229.*

Kurze Berichtigung einiger Druckfehler und Literaturangaben.

F. KLEMPERER.

170) **W. Roemisch. Ueber das Verhalten der Aryknorpel bei einseitiger Recurrenslähmung.** *Arch. f. Laryngol. u. Rhinologie. Bd. III. H. 1 u. 2.*

In ähnlicher Weise wie in seiner früheren Arbeit das Verhalten der Epiglottis, studirt Verf. an der Hand der vorliegenden Literatur, sowie an 14 Fällen

der Freiburger Poliklinik das Verhalten der Aryknorpel bei einseitiger Recurrenslähmung. Es kommen von Bewegungen des Aryknorpels der gelähmten Seite vor: erstens Zuckungen bei der Phonation, zweitens bei tiefer Inspiration, drittens die zuerst von Schrötter beschriebenen zuckenden Bewegungen des Knorpels der gelähmten Seite nach der Mittellinie hin, die in dem Moment eintreten, in dem die Stimmbänder nach der Phonation die Inspirationsstellung wieder erreicht haben. Die erstgenannten Bewegungen haben wahrscheinlich in der erhaltenen Motilität des Aryknorpels der gelähmten Seite ihren Ursprung; Innervationsverschiedenheiten des Musc. interarytaenoideus bei verschiedenen Individuen erklären das verschiedene Verhalten in einzelnen Fälle. Die Bewegungen der zweiten und dritten Art, die öfters als Erscheinungen von Aspiration durch den Luftstrom gedeutet werden, sucht R. als passive Bewegungen rein mechanischen Ursprungs zu erklären.

Der reiche Inhalt der beiden Abhandlungen lässt sich im kurzen Referate nur andeuten, nicht erschöpfend wiedergeben. F. KLEMPERER.

171) **F. Klemperer** (Strassburg i. E.). **Experimentelle Untersuchungen über Phonationscentren im Gehirn.** *Archiv f. Laryngologie u. Rhinologie. Bd. II. Heft 3. 1895.*

Verf. sah nach Reizung des motorischen Rindencentrums für den Kehlkopf beim Hunde stets doppelseitige Adduction der Stimmbänder, nie einseitige Bewegung. Exstirpation eines odor beider Centren blieb ohne Effekt. Localisirte Erkrankung der Centren acuter oder chronischer Art, erzeugt durch Einimpfung von Eitererregern resp. Tuberkelbacillen in die Region der Centren, führte ebenfalls nicht zu Bewegungsstörungen der Stimmbänder.

Das von Onodi postulirte Stimmbildungscentrum hinter den Vierhügeln erkennt Verf. nicht an, da einer seiner Hunde, dem nach O.'s Vorschriften die betreffende Region am Boden des 4. Ventrikels quer durchschnitten war, nach dem Schnitt noch bellte. F. KLEMPERER.

172) **A. Onodi. Zur Frage der Phonationscentren.**

173) **F. Klemperer. Erwiderung.**

174) **A. Onodi. Replik.** *Archiv f. Laryngologie u. Rhinologie. Bd. III. H. 1 u. 2. S. 230—232.*

Onodi bemängelt die Beweiskraft des K.'schen Experimentes, die letzterer aufrecht erhält. F. KLEMPERER.

175) **Gutzmann** (Berlin). **Ueber den Einfluss organischer Veränderungen des Rachens und der Nase auf die Sprache.** *Wiener med. Blätter. 1895. No. 10.*

Bei Stotterern kommen häufig adenoide Vegetationen vor; nach ihrer Beseigung lässt sich der Sprachunterricht viel leichter ertheilen und führt schnell zum Ziele; ähnliches fand G. für andere Rachen- und Nasenleiden. Als Ursache der Behinderung des Sprechens nimmt er mechanische, die Articulation behindernde Momente an. Deshalb solle man bei Stotterern und Stammlern und überhaupt bei allen Sprachfehlern etwaige organische Veränderungen der Nase, des Rachens, ja

selbst des Kehlkopfes beseitigen, weil dann erst der Sprechunterricht guten Erfolg haben kann. CHIARI.

176) **Beausoleil. Betrachtungen über die Eunuchenstimme und ihre Behandlung; mit Krankenvorstellung. (Considerations sur la voix eunucheide et son traitement. Présentation de malade.)** Compte-rendu d. l. soc. d'ophthalm., de laryngologie et d'otologie de Bordeaux. — *Gaz. hebd. d. scienc. méd. de Bordeaux. No. 5. 3. Februar 1895.*

Verf. bespricht die verschiedenen Anschauungen der Autoren über die Pathogenese dieser Affection und rühmt die Anwendung methodischer Stimmgynastik.

E. J. MOURE.

177) **Brindel. Atrophie der Hoden rheumatischen Ursprungs; Untersuchung von Kehlkopf und Stimme. (Atrophie testiculaire d'origine rhumatismale; examen du larynx et de la voix.)** *Journal de Méd. de Bordeaux. No. 24. 16. Juni 1895.*

Die Atrophie, die bei dem jetzt 22jähr. jungen Manne eine totale ist, war im 16. Lebensjahre eingetreten. Die Dimensionen des Kehlkopfes sind die normalen, die Stimme ist die eines mutirenden Knaben. E. J. MOURE.

178) **Missim. Störungen der Sprache bei den Neurosen: Hysterie, Chorea, Paralysis agitans. (Des troubles de la parole dans les nevroses: hysterie, chorée, paralysie agitante.)** *Gaz. des hôpitaux. 13. April 1895.*

Der Verf. bespricht den hysterischen Mutismus, das Stottern und die anderen bei den verschiedenen Neurosen vorkommenden Sprachstörungen.

A. CARTAZ.

179) **E. Remak. Zur Pathologie des hysterischen Stotterns.** *Berliner klinische Wochenschr. 1894. No. 35.*

R. stellte eine 47jähr. Frau vor mit einer eigenthümlichen Sprachstörung: soll sie Worte nachsprechen, so inspirirt sie erst krampfhaft mehrere Male, setzt dann nach etwa 20 Secunden ein, wiederholt vielmals die Anfangsbuchstaben — gleichgültig ob Consonant oder Vocal — und stösst dann das Wort heraus. Eine Wiederholung bessert die Sprache nicht. Aufregung steigert die Erscheinung, Flüstersprache ist unmöglich. Daneben besteht dauernd eine Respirationsfrequenz von 36—48 bei 96 Pulsen.

Ferner werden alle aufgetragenen Bewegungen erst nach längerer Zeit und auch dann unvollständig ausgeführt.

Für diese Erscheinungen nimmt R. eine centrale Intentionshemmung als Ursache an. LANDGRAF.

180) **Gutzmann** und **Liebmann** (Berlin). **Pneumographische Untersuchungen über die Athmung der Stotternden.** *Wiener medicin. Blätter. 1895. No. 23 und 24.*

Mit dem Marey'schen Pneumographen wurden 50 Stotternde untersucht; es zeigte sich, dass die Athmung ausserordentlich stark durch psychische Einwirkungen beeinflusst wird. Die Sprachcurve besonders wird unregelmässig durch

intercurrente spastische oder klonische Zwerchfellskrämpfe unterbrochen; aber auch ohne Sprechen ist die Athmungscurve oft unregelmässig. Beigegebene Athmungscurven machen die Ausführungen leichter verständlich. CHIARI.

181) **R. Coën** (Wien). **Ueber Simulation des Stotterns und ein sicheres Zeichen für deren Entdeckung.** *Wiener med. Blätter. 1895. No. 25 u. 26.*

Selbst bei gesunden, kräftigen Stotterern findet man immer in der Zeit des Nichtsprechens leichte Zuckungen in der Zwerchfellgegend. Dieses Phänomen kommt bei Simulation des Stotterns nie zur Beobachtung. Ausser diesen Angaben enthält der Artikel polemische Ausfälle gegen Gutzmann. CHIARI.

182) **R. Coën** (Wien). **Ueber Sprachstörungen und deren Behandlung.** Wiener med. Club am 30. Januar 1895. — *Wiener med. Blätter. 1895. No. 6.*

Allgemein orientirender Vortrag mit Demonstration zweier Patienten. Nichts Neues. CHIARI.

183) **Piper** (Dalldorf). **Vorkommende Abnormitäten der Sprachwerkzeuge bei schwachsinnigen resp. idiotischen Kindern und dadurch bedingte Sprachgebrechen.** *Mediz. päd. Monatsschr. f. d. ges. Sprachheilk. 3. u. 4. 1895.*

Die Untersuchungen P.'s sprechen dafür, dass die Sprache bei den schwachsinnigen resp. idiotischen Kindern neben der centralen Störung auch durch organische Fehler der Sprechwerkzeuge wesentlich beeinträchtigt wird.

SEIFERT.

184) **H. Gutzmann** (Berlin). **Sprechgeschicklichkeit und Sprechlust im Kindesalter.** *Mediz. pädag. Monatsschr. f. d. ges. Sprachheilk. 3. 4. 1895.*

In dem vorliegenden Aufsatz kennzeichnet G. die Grundlage einer naturgemässen Gesundheitspflege, die Sprache des Kindes und illustrirt dieselben durch Ausführung einzelner Beispiele. Auf drei Dinge ist bei der Sprachentwickelung des Kindes besonders zu achten, auf: das sprachliche Vorbild, die Pflege der Muskelgeschicklichkeit der Sprachmusculatur und die Pflege und Ueberwachung der Sprechlust. SEIFERT.

f. Schilddrüse.

185) **Notkin** (Kiew). **Beitrag zur Schilddrüsenphysiologie.** *Wiener medicin. Wochenschr. 1895. No. 19 u. 20.*

Der Stoff, der die thyreoprive Cachexie hervorruft, ist in der Schilddrüse allein zu suchen, wird aber dort nicht erzeugt. Notkin stellte aus der Schilddrüse verschiedener Thiere einen Stoff her, welchen er Thyreoproteid nennt. Derselbe ist ein Product des Stoffwechsels, ein Eiweisskörper, wirkt giftig unter den Erscheinungen der thyreopriven Cachexie, wird sehr langsam ausgeschieden, verlangsamt die Herzthätigkeit und wird bei der ganz oder theilweise vorhandenen Schilddrüse in höheren Dosen vertragen, als bei Fehlen der Schilddrüse. N. glaubt,

dass das Thyreoproteid in den Bläschen der Schilddrüre abgelagert und daselbst durch das specifische Schilddrüsensecret entgiftet wird. Die Basedow'sche Krankheit, welche wahrscheinlich durch übermässig gebildetete Schilddrüsenfermente entsteht, soll durch kleine Dosen von Thyreoproteid sehr günstig beeinflusst werden.

CHIARI.

186) **Combe** (Lausanne). **In das Blut absondernde Drüsen und ihre therapeutische Anwendung. Organotherapie. (Glandes à sécretion interne et leur emploi thérapeutique. Organotherapie.)** *Revue méd. de la Suisse romande. No. 5. 1895.*

Verf. theilt diese Drüsen in zwei Gruppen: Die einen sind „antitoxische Drüsen" und haben die Eigenschaft die giftigen Stoffwechselelemente, welche im Blute circuliren, zu neutralisiren oder in nützliche Substanzen zu verwandeln: die andern sondern ein nützliches Princip ab, welches für den Gesammtorganismus und ein einzelnes Organ als unersetzlich angesehen werden kann (Glandes virifiantes).

Zu den ersteren zählt er 1. das Pankreas, dessen Thätigkeit nach innen neben seiner peripheren Wirkung auf den Verdauungsapparat, darin besteht, die schädlichen Glycosen im Blute zu neutralisiren (Mehring und Minkowsky), 2. die Schilddrüse, 3. den Thymus. Zu den letzteren die Leber, Milz, Testikel, Knochenmark und selbst die Nieren, letztere beide mit Vorbehalt.

Mit dem Pankreas hat er nur in einem Fall von Pankreasdiabetes, Organotherapie, und zwar erfolgreiche treiben können; viel häufiger aber mit der Thyreoidea.

a) bei Myxoedem. Unter diesen Fällen hebt er nur zwei Fälle hervor, welche hochinteressant sind, da die ohne Schilddrüse geborenen Idioten, der eine mit ganz angeborenem Myxoedem, nur 2 rep. 4 Jahre zählten und daher intellectuell und physisch durch eine Therapie noch ganz bildungsfähig waren.

Ihre Haupteigenschaften waren 1. Myxoedem, 2. Idiotismus, 3. Zwergthum.

ad 1) Facies myxoedematosa äussersten Grades u. s. w.

ad 2) absoluter Idiotismus: totale Bewegungslosigkeit. In den Mund gelegte Speisen werden nicht verschluckt. Keine Spur von Mimik; einzige Aeusserung unartikulirtes Schreien bei Hunger oder Durst. Pflanzenmenschen (Rösch).

ad 3) der 2jähr. hatte 68 cm, der 4jähr. 69 cm Länge; seit dem 3. Monat sind beide nicht mehr in der Länge gewachsen. Keine Spur von Zähnen.

Die Ingestion wässerigen Extractes von Schafsschildrüse in lauer Milch, zuerst per anum, dann, als sie besser schlucken konnten, per os, bewirkt Wunder: Schon nach 2 Wochen ist das Myxoedem verschwunden und die Zähne sind gewachsen; nach 2 Monaten ist der Idiotismus beseitigt; das Kind steht und geht, freut sich lebhaft und weint, hat sehr intelligente Augen u. s. f. Das Zwergthum hat sich mit einem Wachsthum von 20 cm in 13 Monaten bei dem vierjährigen, von 11 cm nach 6 Monaten bei dem zweijährigen Kinde gebessert.

b) Thyreotherapie bei Arthritismus der Franzosen.

α) bei einer Dame mit inveterirter Psoriasis und Gelenkknoten rasches Ver-

schwinden der Psoriasis, der Schmerzen, der Tophi, bei Zunahme des Urins, der Harnstoffs und der Harnsäure.

β) bei einem Manne mit acuter Gicht rapides Verschwinden des Fiebers, der Röthung, der Schmerzen in Händen und Füssen mit den obengenannten Erscheinungen im Urin.

Die Experimente mit Knochenmark sind im Original nachzulesen.

JONQUIÈRE.

187) **Bleibtreu** und **Wendelstadt** (Köln). **Stoffwechselversuch bei Schilddrüsenfütterung.** *Deutsche med. Wochenschr. 1895. No. 22.*

Die Autoren wollten durch einen Versuch feststellen, ob bei Schildrüsenfütterung der zur Beobachtung kommende Gewichtsverlust, der ja unzweifelhaft zum Theil auf vermehrter Wasserabgabe und Fettschwund beruht, nicht mit bedingt sei durch Abgabe von Eiweisssubstanz; weiter sollte festgestellt werden, ob, falls die Stickstoffausfuhr sich steigere, eine Zulage von Fett und Kohlehydraten einen Einfluss auf die Stickstoffbilanz hätte. Das Resultat war, dass unter dem Einfluss von Thyreoideapräparaten ein wenn auch nicht sehr hochgradiger Zerfall von Körpereiweiss eintritt, der sich durch grössere Zufuhr stickstofffreier Nahrung nicht aufhalten liess.

LANDGRAF.

188) **Lanz** (Bern). **Zur Schilddrüsentherapie des Kropfes**. *Corr.-Bl. f. Schweizer Aerzte. No. 2. 1895.*

Aus der Thatsache, dass Schilddrüseningestion bei Basedow in einzelnen Fällen die Symptome fast ganz beseitigt, schliesst L., dass in solchen Fällen nicht eine Hyperthyreosis (Kocher), sondern eine Dysthyreosis als Ursache der Basedow'schen Excitationserscheinungen anzunehmen sei, und er denkt es könne sich so ex juvantibus diagnostisch herausstellen, dass das eine Mal bei Basedow eine pathologisch veränderte, das andere Mal eine übermässig starke Drüsenfunction zu Grunde liege (s. hierzu Erklärung von Notkin im Referat Morin: „Physiologie und Medicat. der Schilddrüse" in diesem Blatte).

Die Wirkung der Schilddrüseningestion auf die Abnahme der Schilddrüsenhypertrophie stellt er sich als eine compensatorische vor. Degenerirt eine Schilddrüse theilweise kropfig, so muss der noch gesunde Theil derselben complementär hypertrophiren, um die aufgehobene Function des kranken Theils zu ersetzen. Wird nun von aussen Schilddrüse zugeführt, so wird diese compensatorische Thätigkeit überflüssig und der hypertrophirte, nicht degenerirte Theil des Kropfes geht wieder zurück, so lange, aber nicht länger, als die Schilddrüsentherapie fortgesetzt wird.

L. vermuthet analoge organotherapeutische Wirkungen der Ingestion von Prostata auf einfache Prostatahypertrophie. Er hebt hervor, dass er schon im Sommer 1893 in einer Arbeit „Zur Schilddrüsenfrage" (Volkmann's Sammlung klin. Vorträge 1894) als der erste Schilddrüsentherapie gegen Adipositas und Rhachitis vorgeschlagen habe, von welch' letzterer wenigstens die fötale Form mit Schilddrüsenstörungen im Zusammenhange stehe.

Aus der substituirenden und eben genannten functionell compensatorischen Wirkungsart der Schilddrüsentherapie geht jedenfalls hervor, dass diese Heil-

methode und die ganze Organotherapie überhaupt, wenn auch für eine Menge Fälle einen gewaltigen, doch insgesammt nur einen halben Werth hat, da sie auf alle nicht sonst radical heilbaren Fälle nur vorübergehend wirkt, wenn sie nicht zeitlebens angewendet wird, was ihren Werth wiederum für eine Menge Fälle illusorisch machen muss. (Ref.) JONQUIÈRE.

189) **P. K. Pel** (Amsterdam). **Myxoedema.** *Geneesk. Bladen. II. No. 1. 1895.*

Nach einer sehr klaren historischen Auseinandersetzung der Thyroidfrage giebt P. in Form eines klinischen Vortrags eine überaus interessante und lebhafte Schilderung der Aetiologie, Symptomalogie, Prognose und Therapie des Myxoedems. P. selbst beobachtete 7 Fälle, von welchen 4 bei Kiudern.

Ref. ist in der Lage mitzutheilen, dass der Vortrag auch in deutscher Bearbeitung (in Volkmann's Sammlung) erscheinen wird und kann die Lectüre derselben nur bestens empfehlen. H. BURGER.

190) **E. Mendel** (Berlin). **Drei Fälle von geheiltem Myxoedem.** *Deutsche med. Wochenschr. 1895. No. 7.*

M. stellte die eine Patientin, deren Krankengeschichte bereits mehrfach veröffentlicht ist, und welche ein ausgezeichnetes Paradigma der myxoedematösen Veränderungen darstellte, im Verein für innere Medicin in geheiltem Zustande vor. Die Heilung hatte sich vollzogen unter dem Gebrauch von Thyreoideatabletten. M. giebt dazu die Krankengeschichten von 2 neuen Fällen. LANDGRAF.

191) **Palleske. Heilung eines operativ entstandenen Myxoedems durch Fütterung mit Schafschilddrüse.** *Deutsche med. Wochenschr. 1895. No. 7.*

Das Myxödem hatte sich ungemein rasch nach der Strumectomie bei einem 13jährigen Mädchen entwickelt und bestand, als die Behandlung aufgenommen wurde, $3^1/_2$ Jahre. Heilung. LANDGRAF.

192) **R. Abrahams. Myxoedem behandelt mit Schilddrüsenextract — Krankengeschichte und Vorstellung eines Falles. (Myxoedema treated with thyreid extract — report and presentation of a case.)** *N. Y. Med. Record. 6. April 1895.*

Nichts Besonderes. LEFFERTS.

193) **Louel. Bemerkungen über eine Kranke mit einem eigenartig kachektischen Allgemeinzustand (Myxoedem), der durch Injectionen von Schilddrüsenextract gebessert wurde. (Note sur une malade présentant un état général cachectique particulier [myxoedéme] améliorée par des injections d'extrait de corps thyroide.)** *Nouveau Montpellier Med. 6. April 1895.*

Die Ueberschrift sagt das Wesentliche. A. CARTAZ.

194) **Rie** (Wien). **Myxoedem mit Thyreoidea-Extract geheilt.** Wiener medicin. Club am 12. Juni 1895. — *Wiener med. Blätter 1895. No. 26.*

Das demonstrirte Kind ist nach mehrmonatlicher Behandlung fast gesund. R. leitet das Myxödem von Lues der Eltern ab.

Rosenberg erwähnt in der Discussion, dass das Myxödem sich bei Kindern erst einige Wochen nach der Geburt entwickelt, und glaubt, dass die Schilddrüse der Mutter die Kinder während des Fötallebens vor Myxödem schützt. Es giebt auch rudimentäre Formen mit vorhandener Schilddrüse. CHIARI.

195) **H. T. Miller. Erfolglosigkeit von Thyroidextract bei einem Falle von Myxoedem. (Failure of thyroid extract in a case of myxoedema.)** *N. Y. Med. Record. 6. Juli 1895.*

Der Patient war 71 Jahre alt; das Mittel blieb ohne jeden Einfluss auf die Krankheit. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

g. Oesophagus.

196) **S. J. Mixter. Angeborenes Oesophagusdivertikel. Excision; sofortige Naht des Oesophagus; Heilung. (Congenital oesophageal pouch; excision; immediate suture of oesophagus; recovery.)** *Philad. Med. News. 15. Juni 1895.*

Es lag ein echtes Oesophagusdivertikel vor; eine Verengerung des oesophagealen Rohres bestand nicht, und die Passage der Nahrung wurde nur dadurch behindert, dass der dünne halbmondförmige Rand des Divertikels sich klappenartig an die gegenüberliegende Wand der Speiseröhre anlegte.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

197) **W. S. Watson. Die Behandlung von Oesophagusstricturen mittelst Elektrolyse. (Treatment of esophageal stricture by electrolysis.)** *Philad. Medical News. 11. Mai 1895.*

Begonnen wird die Behandlung mit Einführung einer Elektrode von $^3/_8$ Zoll in die Strictur; während der Strom allmälig eingeführt wird, übt man einen sanften Druck aus. Die Elektrode ist mit dem negativen Pol verbunden, der positive liegt hinten auf dem Halse. Nachdem der Anfangsstrom 3—5 Minuten durchgegangen, wird er ganz langsam und vorsichtig gesteigert. Wöchentlich soll nur eine Sitzung stattfinden. Man kann jede Woche in der Stärke des Bougies um $^1/_8$ Zoll steigen, sodass nach 6 Wochen ein einzölliges Bougie eingeführt wird. Die Zeit, welche die Elektrode in Contact mit der Strictur bleibt, ist ein sehr wesentlicher Factor; kurzer Contact ist nicht besser als die blosse Dilatation. Der Strom braucht 10 Milliampères nicht zu übersteigen. LEFFERTS.

198) **B. Holmes. Empfehlung einer neuen diagnostischen Methode für Oesophaguskrankheiten. (A suggestion for a new method of diagnosis in oesophageal disease.)** *Philad. Med. News. 25. Mai 1895.*

Verf. bespricht 2 Fälle, bei denen er die Diagnose stellte durch Einführung einer Oesophagussonde, auf die ein Stück weiches Wachs, wie es die Zahnärzte gebrauchen, aufgetragen war. Beim Herausziehen war die Lage der Strictur

in einem Falle, im anderen die des Fremdkörpers an dem Abdruck im Wachs kenntlich. Das Wachs, das zu diesem Zwecke zu benutzen ist, soll bei 120° F. weich sein und bei 98,6 hart werden. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

III. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

Bericht über die II. Versammlung süddeutscher Laryngologen zu Heidelberg am 4. Juni 1895.

Von

Dr. Eulenstein (Frankfurt a/M.), II. Schriftführer.

(Fortsetzung.)

Grünwald (München) beobachtete besseren Verlauf bei Vorhandensein von reinem, sogar stinkendem Eiter und hält nur die zu Grunde liegenden anatomischen Veränderungen für maassgebend.

M. Schmidt (Frankfurt a. M.) sah ein Präparat in Wien, in dem die getheilte Kieferhöhle im oberen Nasengang mündete; ferner Präparate, in denen die Bulla ethmoidalis oder eine Siebbeinzelle divertikelartig an dem Ausführungsgang anhing, und eine Bildung, die wohl nur bei der Eröffnung des Ganges bei der Operation der Stirnhöhle von vorne hätte entdeckt werden können. Derartige Präparate haben M. Schmidt zu den einleitenden Bemerkungen über die Nothwendigkeit des weiteren Studiums über die normale und pathologische Anatomie der Nebenhöhlen veranlasst.

6. Seifert (Würzburg): Ueber Tracheo-Bronchostenose und deren Behandlung. Es handelte sich um Stenose der Trachea (bei einem 43jährigen Mann) dicht über der Bifurcation, bedingt durch Narbenbildung, mit hochgradigen Erscheinungen von Dyspnoe. Behandlung mit methodischen Thoraxcompressionen, Ausathmung in verdünnte Luft, mechanischer Dilatation mit Schrötter'schen Bougies minderte die Beschwerden. Eine weitere Besserung wurde erzielt durch Dilatation mit englischen Schlundsonden; zuerst wurde No. 9 ($5^1/_2$ mm) 46 cm tief eingeführt. Jetzt kommt man mit No. 16 (9 mm) 34 cm weit hinein. Patient kann jetzt auf dem Rücken schlafen, leicht expectoriren, Treppensteigen etc. ohne Beschwerden.

7. Herr Siebenmann demonstrirt 1. mikroskopische Präparate a) von Hyperkeratose und physiologischer Keratose des Kryptenepithels der Gaumentonsillen, b) von Rhinitis sicca der knorpeligen Scheidewand (Rhinitis sicca anterior) mit Epithelmetaplasie und Faltenbildung. 2. Instrumente: a) mehrere Modificationen

seines zweischneidigen Bohrers für die alveolare Eröffnung des Highmorshöhlen-Empyems, b) eine Modification des Killian'schen Septummessers (Klinge nicht über die Kante, sondern auch hohlmeisselartig über die Fläche gebogen), c) biegsame, blindendigende, mit einer grossen seitlichen Oeffnung versehene Canülen und Doppelcanülen zur Ausspülung von Highmors- und Stirnhöhlen, namentlich für Selbstbehandlung durch den Patienten geeignet, da sie sich schmerzlos einführen lassen. Käuflich beim Instrumentenmacher Knobel in Basel.

8. Fischenich (Wiesbaden) theilt einen Fall von Phlegmone des Gesichts, der Nase und des Nasenrachenraums mit. Die Erkrankung scheint sehr selten zu sein; sie bot bezüglich der Diagnose und Therapie Schwierigkeiten. Möglicherweise spielten bei der Aetiologie cariöse Zähne eine Rolle, von diesen aus erfolgte eine Infection der Highmorshöhle; der Prozess ergriff die untere Muschel, das Velum palatinum und ging an der hinteren Ansatzstelle der unteren Nasenmuschel aufwärts, die Schleimhaut der Choanen und der oberen Grenze derselben ablösend und sackartig vorbuchtend. Die Diagnose des Nasenrachenraumabscesses war schwierig, weil der Sack nicht prall gespannt war, sich zusammendrücken liess und man die Choanen durchfühlen konnte; erst als die Rhinoscopia posterior gelang, war es möglich, als Ursache die Loslösung der Schleimhaut zu erkennen.

Die Therapie bestand zuerst in mehrfachen Incisionen in das Velum palatinum, wodurch ein Tassenkopf voll stinkender Eiter entleert wurde; später wurde nach Extraction der cariösen Zähne die Highmorshöhleneiterung behandelt; es entstand eine Otitis media acuta sinistra, wahrscheinlich hervorgerufen durch die Ausspülungen, da die Spülflüssigkeit nur sehr schwer aus der Nase abfloss. Der etwa wallnussgrosse Abscess im Nasenrachenraum wurde mit einem langen Messerchen incidirt und entleerten sich grosse Mengen eingedickten, bröckligen, foetiden Eiters. Ausserdem sass noch ein weiterer Abscess im vorderen Ende der linken Muschel, der gleichfalls entleert wurde. Es mussten noch wiederholt Incisionen in die Schwellung und Infiltration der unteren Muschel gemacht werden, bis die Athmung wieder frei wurde.

Diskussion: Dreifuss (Strassburg i. E.) verweist auf einen von ihm 1893 (Wiener med. Presse) veröffentlichten Fall von Periostitis suppurrativa der unteren Muschel, der sich jedoch nicht mit Pharynxphlegmone complicirte.

9. Killian (Freiburg i. B.): I. Demonstration einer neuen gabelförmigen Fassung für seinen sterilisirbaren Kehlkopfspiegel.

II. Die Intubationsbehandlung der laryngealen und trachealen Stenosen nach Tracheotomie.

Für die Behandlung von laryngealen und trachealen Stenosen, wie sie nach der Tracheotomie sich oft ausbilden, hat Killian folgende Modificationen der Intubationsbehandlung ausgebildet:

1. Untersuchung von oben mit dem Kehlkopfspiegel und von der Trachealfistel aus, welche sich nach Entfernung der Canüle sehr bequem mit dem Kramer'schen Nasenspeculum dilatiren lässt. Die Untersuchung darf nicht eher

aufgegeben werden, als bis die Ursachen und der Sitz der Stenosenbehandlung gefunden sind.

2. Man beginne mit der Behandlung frühestens 6—8 Wochen nach Ablauf der Diphtherie.

3. Spitalaufenthalt und fortgesetzte Ueberwachung durch eine besonders instruirte Wärterin ist unerlässlich.

4. Vorbereitende operative Eingriffe: Granulationen sind zu entfernen, umgeklappte Trachealränder zu reponiren.

5. Vorbereitung der Instrumente: a) Tubus. Das beste Material ist Hartgummi; der Tubus muss die Trachealfistel $1^1/_2$—2 cm nach unten überragen. b) Extubationsfaden. Ein dicker Seidenfaden wird durch 2 Löcher im Tubus gezogen und zu einer kurzen Schlinge fest geknüpft, durch diese wird der eigentliche Extubationsfaden gezogen, welcher bequem um das Ohr des Kindes gelegt werden kann. c) Fixationsfaden. Entsprechend der Trachealfistel ist die vordere Wand des Tubus quer durchbohrt. Durch das Loch wird ein Faden gezogen und über dem Tubus, sowie auch an seinem breiten Ende zusammengeknüpft. d) Mandrin soll leicht durch den Tubus gleiten. e) Trachealbolzen: aus Hartgummi, mit einer Platte versehen wie die Canülen, dieselbe (durchbohrt) muss oben die Hautwunde offen erhalten; durch ihn wird der Fixationsfaden geleitet und über einem an der Fixationsplatte befestigten Bügel geknüpft.

6. Intubation. Die Canüle entfernt ein Assistent, wenn der Tubus schon in den Kehlkopf eingedrungen ist. Befestigung der Fäden.

7. Verhalten nach der Intubation. Die geringen Schlingbeschwerden werden bald überwunden. Gefahr der Verstopfung tritt meist nur ein bei acuter Bronchitis und Pneumonie. Nachsehen der Fäden, Reinigen des Trachealbolzen. Bei Erstickungsgefahr ist der Tubus und der Bolzen zu entfernen und die Canüle wieder einzuführen.

8. Reinigung des Tubus, Einführung eines neuen Tubus. Der erste Tubus bleibt 2—3 Wochen liegen, dann wechselt man.

9. Definitive Entfernung des Tubus geschieht erst dann, wenn das Kind nach der Extubation ganz leicht und ohne jeden Stridor athmet.

Von seinen 9 Fällen hat K. 7 vollständig und den 8. nahezu geheilt, ein Kind ging in der Nacht, weil ärztliche Hülfe nicht rasch genug zur Stelle war, an Erstickung zu Grunde; K. hatte damals sein Verfahren noch nicht ausgebildet.

Diskussion: Kahsnitz (Karlsruhe) benützt zur Untersuchung der Trachea einen Objectträger, mit dem er die Wunde völlig verschliessen und dabei die Verhältnisse im Innern übersehen kann; für die unterhalb der Wunde gelegenen Theile benützt er kleine Spiegel, vor deren Einführung die Wundränder mit halbrinnenförmigen Haken nach Bedarf bewegt werden. Sind granuläre Hindernisse vorhanden, so schreitet er sofort zur Intubation; Zuwarten begünstigt nur das Fortschreiten der Wucherung. Der Tubus schob in allen seinen Fällen grosse Massen Granulationen in die Trachealöffnung, die durch einen Silberohrtrichter durch die Trachealwunde galvanocaustisch entfernt wurden. Dann wird der Tubus entfernt und eine passende Canüle eingesetzt, die bis zur Abstossung des Brandschorfs liegen bleibt, worauf sie probeweise entfernt wird. Man gelangt so in

kurzer Zeit zum Ziel. Diese Behandlung kann nur im Krankenhause geschehen. Nicht einverstanden mit dem Vorredner ist er damit, dass die äussere Wunde, wenn der Tubus liegen bleiben muss, nicht bis auf den Tubus selbst offen gehalten werden muss, da er damit unangenehme Erfahrungen gemacht hat. Demonstration einiger Instrumente, die dem Zwecke dienen, die Verbindung des Tubus mit der in die äussere Oeffnung eingeführten Röhre herzustellen. Tritt, ohne dass noch Granulationen vorhanden sind, durch Angst hervorgerufen, Stimmritzenkrampf ein, so chloroformirt er das Kind, das dann gewöhnlich gut athmend wieder aufwacht.

Werner (Heidelberg) weist auf die 3 Fälle von Schmiegelow hin, die durch intercurrente Zufälle zu Grunde gegangen sind. Bei der Killian-schen Methode sei doch noch die Gefahr, dass der enge Tubus sich verstopft, vorhanden. Er befürwortet die Methode der Dilatation von der Fistel aus und erwähnt, dass er mit Schornsteincanülen gute Erfolge gehabt hat.

Killian (Freiburg) warnt vor einem zu frühen Beginn der Intubationsbehandlung, wenn der Puls noch frequent und unregelmässig ist und die Kinder sich noch nicht vollständig erholt haben von der Diphtherie, weil ein Tod durch Herzparalyse bei oder unmittelbar nach dem Intubationsacte unter solchen Umständen durchaus im Bereich der Möglichkeit liegt.

10. Böninghaus (Breslau) zeigt Zeichnung und Präparat von knospenartigen Gebilden in dem Epithelraum eines ödematösen Fibroms der Nase, die man als Schleimdrüsen bezeichnen muss, da sie ein regelmässig gruppirtes, Schleim secernirendes Epithel besitzen und einen Ausführungsgang haben. Aehnliche Gebilde finden sich weder in der normalen Histologie vor, noch konnte Vortragender in der Literatur über pathologische Histologie Analoges finden.

10. Betz (Heilbronn) zeigt seine Gypsmodelle der Nase und ihrer Nebenräume nach Sagittalschnitten. Dieselben sind zu beziehen durch Ernst Ziegler in Heilbronn.

Nach Schluss der Sitzung vereinigte ein Festmahl auf dem Schlosshotel die Theilnehmer, dem sich Nachmittags noch ein Ausflug auf den Speyerer Hof anschloss.

[Nachtrag: Entsprechend einer Bitte des Herrn Grünwald (München) bemerke ich, dass der von demselben in Abbildung demonstrirte, durch Operation einer Stirnhöhleneiterung sehr verunstaltete Fall nicht von ihm, sondern anderwärts operirt wurde und zwar nach einer Methode, die er verwirft. Dr. Eulenstein.]

IV. Briefkasten.

Das Wilhelm Meyer-Monument.

Ueber die weitere Entwicklung der Bewegung ist Folgendes zu berichten:

1. Das deutsche Comité hat sich nunmehr constituirt und einen Aufruf erlassen. Es besteht bisher aus folgenden Herren: Prof. B. Fränkel, Prof. Lucae, Prof. Trautmann, Dr. E. Meyer (Berlin), Dr. Burger, Prof. Walb (Bonn), Dr. Max Schäffer (Bremen), Prof. Dr. Barth, Dr. Brieger (Breslau), Dr. Hopmann (Cöln), Dr. Beschorner (Dresden), Prof. Kiesselbach (Erlangen), Prof. Moritz Schmidt (Frankfurt a. M.), Prof. Killian (Freiburg), Prof. Steinbrügge (Giessen), Prof. Bürkner (Göttingen), Prof. Strübing (Greifswald), Prof. Schwartze (Halle), Dr. E. Fränkel, Dr. Ludewig (Hamburg), Prof. Jurasz (Heidelberg), Prof. Kessel (Jena), Dr. Paulsen (Kiel), Prof. Berthold, Dr. A. Meyer (Königsberg), Prof. Hagen, Prof. Moldenhauer (Leipzig), Dr. Boeck (Magdeburg), Prof. Bezold, Prof. Schech (München), Prof. Körner (Rostock), Prof. Kuhn, Dr. Klemperer (Strassburg), Dr. Hedinger, Dr. G. Rosenfeld, Dr. E. Weil (Stuttgart), Prof. Bruns (Tübingen), Prof. Kirchner, Dr. Seifert (Würzburg). Als Kassenführer fungirt Dr. Edmund Meyer, Berlin W., Bülowstrasse 3, an welchen Beiträge für das Denkmal zu senden sind.

2. Das britische Comité hat sich durch den Beitritt folgender Herren verstärkt: Dr. Clifford Beale, Dr. Bond, Mr. Bowlby, Mr. Cheatle, Mr. Clutton, Dr. Hill, Mr. Victor Horsley, Mr. Hovell, Dr. Law, Mr. Pollard, Dr. Scanes Spicer, Mr. Stewart, Mr. Charters Symonds, Dr. St. Clair Thompson (London), Dr. Barclay Baron (Bristol), Mr. Hewetson (Leeds), Dr. Hodgkinson (Manchester), Dr. Middlemass Hunt (Liverpool), Dr. Macintyre (Glasgow), Dr. Milligan (Manchester), Dr. Sandford (Cork), Dr. George Stone (Liverpool).

3. Das italienische Comité hat ebenfalls nunmehr seinen (von Prof. Grazzi gezeichneten) Aufruf erlassen. — Bei Gelegenheit des internationalen otologischen Congresses in Florenz wurden von vielen Theilnehmern Beiträge zu dem Monument gezeichnet.

4. In Belgien hat Dr. Delie (Ypres), Präsident der belgischen laryngologischen und otologischen Gesellschaft die Förderung der Angelegenheit in die Hand genommen.

5. Für die australischen Colonien wird Dr. Brady (Sydney) die Bewegung organisiren.

Personalia.

Prof. Moritz Schmidt (Frankfurt a. M.) und Prof. Felix Semon (London) sind zu Ehrenmitgliedern der Società Italiana di Laringologia, Rinologia è Otologia erwählt worden.

Herrn Dr. L. Réthi (Wien) ist die venia legendi für Laryngologie und Rhinologie an der Wiener Universität verliehen worden.

Die Laryngologie im Schlussexamen in Nordamerika.

Professor Lefferts theilt uns mit, dass das „College of Physicians and Surgeons“ in New York von jedem Candidaten für die Doctorwürde den Nachweis verlangt, dass er im letzten Studienjahre den methodischen Instructionskurs besucht habe, welcher in der Vanderbilt-Clinic von ihm abgehalten wird, und dass im klinischen Schlussexamen officiell zwei laryngologische Fragen gestellt werden, deren Beantwortung beim Endresultat gebührend berücksichtigt wird. — Hoffentlich sind wir bald überall so weit!

Gedruckt bei L. Schumacher in Berlin.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XI. Berlin, December. 1895. No. 18.

Jahresbericht

bearbeitet nach dem XI. Jahrgang des internationalen Centralblattes
(vom 1. Juli 1894 bis 1. November 1895)

von

Dr. A. Kuttner.

Von Jahr zu Jahr wächst an Zahl und Umfang die literarische Production, und im geraden Verhältniss hierzu wächst natürlich auch die Schwierigkeit, welche einer gehörigen Orientirung über alle schwebenden Fragen entgegensteht. Wer nicht über viel freie Zeit und angemessene, materielle Hilfsmittel verfügt, ist in unserer specialisirenden Zeit kaum mehr im Stande, auch nur über den nächsten Kreis sich einen freien Ueberblick zu wahren. — Diesem Uebelstand für unser Fach nach Thunlichkeit abzuhelfen, ist der Zweck dieser Jahresberichte, die von dem augenblicklichen Stand der gerade zur Discussion stehenden Fragen ein Uebersichtsbild schaffen sollen. Die Anschauungen aller Autoren und die Gründe, auf die sich ihre Anschauungen stützen, sollen in möglichst präciser Form nebeneinandergestellt werden, so dass sich der Leser aus der Gegenüberstellung des Pro et contra ein vollständiges Bild und wohl auch ein eigenes Urtheil über das besprochene Thema wird schaffen können, ohne das nöthige Material hierzu erst aus allen Ecken und Enden zusammensuchen zu müssen.

Die Grundlage dieser Berichte bilden die in dem jedesmaligen Jahrgang des internationalen Centralblattes zusammengetragenen Arbeiten. Die bei jedem Autor zugefügten Zahlen beziehen sich auf die Seite, auf welcher das Referat der betreffenden Publication und ihre Quellenangabe zu finden sind.

Bevor ich den nachfolgenden ersten Jahresbericht der Oeffentlichkeit übergebe, muss ich noch auf einige Schwierigkeiten hinweisen, die sich mir bei der Abfassung gerade des diesjährigen Berichtes entgegengestellt haben und die vielleicht nicht ohne Einfluss auf die Gestaltung des Ganzen geblieben sind.

Zuvörderst wurde mir der ehrenvolle Auftrag zu dieser Arbeit erst, als bereits eine grössere Reihe von Heften des vorliegenden Jahrganges erschienen waren; die Folge hiervon war, dass ein grosses Material in beschleunigtem Tempo aufgearbeitet werden musste. Dann wurde der Bitte, die Herr Prof. F. Semon die Güte hatte auf Seite 623 in meinem Namen an die Herren Collegen zu richten, der Bitte, um gefällige Uebersendung ihrer Separat-Abzüge, nur in verhältnissmässig wenigen Fällen entsprochen, so dass zu der Mühe des Lesens und Schreibens auch noch die sehr zeitraubende Arbeit des Suchens kam. Oft genug blieben mir trotz mannigfacher Bemühungen die Originalmittheilungen unzugänglich, so dass ich mich nur an die im Centralblatt veröffentlichten Referate halten konnte. Für diesen Theil meiner Arbeit kann ich naturgemäss eine persönliche Verantwortung nur in beschränktem Sinne übernehmen. Ich erlaube mir deshalb im Interesse dieser Berichte, die doch ausschliesslich einer gemeinnützigen Förderung dienen sollen, noch einmal an alle Herren Collegen die ergebene, aber recht dringende Bitte zu richten, mich durch gefällige Uebersendung ihrer Arbeiten, für deren sachgemässe Wiedergabe ich nur in diesem Falle eine eigene Verantwortung übernehme, freundlichst unterstützen zu wollen.

Berlin W., Potsdamerstr. 123. A. Kuttner.

A. Allgemeines, äusserer Hals etc.

Mc Bride (99) und Shurly (99) betonen nachdrücklichst, wie nothwendig es sei, bei Erkrankungen der oberen Luftwege nicht nur auf das erkrankte Einzelorgan Rücksicht zu nehmen, sondern, wolle man nicht zu bedauerlicher Einseitigkeit im Denken und Handeln geführt werden, alle subjectiven und objectiven Erscheinungen des Gesammtorganismus im Auge zu behalten. Nur wer über die Localerkrankung nicht das Ganze vergisst, wird im Stande sein, in der Diagnose und Therapie das Richtige zu treffen. — Myles (755) studirte den Einfluss, den ein schlechter Ernährungszustand des Gesammtorganismus auf Hals, Nase und Ohr ausübt und umgekehrt, welche Bedeutung Erkrankungen der eben genannten Organe auf den Allgemeinzustand des Patienten auszuüben im Stande sind. Er kommt bei seinen Untersuchungen zu dem Schluss, dass, abgesehen von constitutionellen Erkrankungen, diese Wechselwirkung keine sehr grosse sein dürfte. Im ersteren Falle könnte es sich um leichte Störungen in der Muskel- und Nerventhätigkeit handeln, um Paraesthesien und subjective Gehörsstörungen; im zweiten Falle kommen Schädigungen in Betracht, die durch das Herabfliessen pathologischen Secretes in den Magen oder in die Bronchien bedingt werden.

Die Angaben Pfeifer's betreffs der Morphologie und Biologie des Influenzabacillus werden von H. Chiari (100) bestätigt. Er macht darauf aufmerksam, dass nach seinen Erfahrungen voraufgehende Influenza zu genuiner Pneumonie disponire. Von Thibaudet, Newton, Perry (756), Donelly und

Morris, Bamby und Blake, Jollye, Plicque, Stowell (757) wird die Aetiologie der Influenza im Sinne Pfeifer's bestätigt. Es werden von den genannten Autoren die Mitaffectionen, soweit sie Hals und Nase betreffen und die Therapie, die theils auf localen, theils auf allgemein medicamentösen Mitteln beruht, besprochen. Rethi (290) hat im Zusammenhang mit Influenza eine Anzahl von Rachenentzündungen beobachtet, bei denen die Pharynxschleimhaut mit disseminirten Fibrineinlagerungen bedeckt war.

Einen zusammenfassenden Bericht über die verschiedenen Theorien, welche zur Erklärung der secundären Parotitiden aufgestellt sind, wird von Hawthorne (957) im Zusammenhang mit einer Reihe eigens beobachteter Krankengeschichten gegeben. Interessante Mittheilungen über die Infectiosität der Entzündungen der Parotis und der Submaxillaris rühren her von Watheimber und Wacher (11). In den von diesen Autoren beobachteten Fällen erkrankten jedesmal die die Pflege ihrer Kinder besorgenden Mütter im Anschluss an die atypischen Formen des Mumps der Kinder an einer typischen Parotitis contagiosa. Intermittirende Parotitiden, die alle 3 bis 4 Wochen bei einem seit 5 Jahren bestehenden Fall von Xerostoma auftraten, wurden von Battle (817) beobachtet.

Der Einfluss des Tabacks auf Hals- und Rachenorgane wurde von Chatell, Birnie und Welch (100) studirt. Alle drei Autoren sind einig darüber, dass das Tabackrauchen und -kauen jungen, noch in der Entwickelung begriffenen Leuten unzuträglich sei. Ch. verurtheilt besonders die kurze Pfeife und den Cigarrenstummel, in denen er die Ursache des Zungenkrebses und der Polypen sieht. B. und W. sträuben sich gegen diese Annahme, die sie für gänzlich unbewiesen halten. Der letztere weist noch besonders darauf hin, dass dem Taback eine hervorragende antibacilläre Kraft innewohne. — Benecke (159) macht darauf aufmerksam, dass bei kräftig entwickelter Thymusdrüse durch Rückwärtsbeugung des Kopfes in Folge einer Compression der Trachea bei kleinen Kindern ein plötzlicher Tod eintreten könne. Rhachitische Kinder sind seiner Meinung nach besonders gefährdet. — Lemoine und Linossier (62) haben Untersuchungen darüber angestellt, ob der Mechanismus des Wiederkäuens, wie ihn Chauveau und Toussaint für Thiere festgestellt haben, der gleiche sei, wie bei Menschen, die mit Merycismus behaftet sind. Die Resultate ihrer Untersuchungen decken sich mit denen der oben genannten Autoren, und es sind hiernach beim Wiederkäuen des Menschen zwei Perioden zu unterscheiden: es tritt zuerst, während die Glottis geschlossen bleibt, das Diaphragma nach abwärts, dann werden Bauchpresse und die inspiratorischen Muskeln in Thätigkeit gesetzt. Hierdurch erfolgt eine Compression des Magens, welche eine Entleerung seiner Ingesta bewirkt, zumal da durch den hohen negativen Druck im Brustraum eine Ansaugung des Mageninhaltes stattfindet.

B. Nase und Nasenrachenraum.

Mit der Entwickelungsgeschichte der Nase beschäftigt sich eine Arbeit von Killian (758), welcher durch umfangreiche Untersuchungen an Embryonen nachweist, dass die Schleimhautfalten der Nasenscheidewand im vierten

Monat sich zu erheben beginnen, bis zum 7. bis 8. Monat an Grösse zunehmen. um dann vom 9. Monat ab sich zurückzubilden. In den meisten Fällen kommt es post partum zu völliger Atrophie, in etwa einem Drittel aber der Fälle bleibt ein Schleimhautwulst übrig, der beim Lebenden noch nachweisbar ist und dem der Verfasser gewisse respiratorische Functionen zuzuschreiben geneigt ist. — Wright (959) hat die Gefässanordnung in der Nasenschleimhaut des Genaueren untersucht und besonders das Verhältniss der Arterien zu den Venen und die Blutversorgung der Drüsen studirt. — Eine genaue Studie Juvara's (960) beschäftigt sich mit der Anatomie der Regio pterygo-maxillaris. — Freeman (696) weist nach, dass derjenige Theil des Septums, den man bisher als Cartilago triangularis zu bezeichnen pflegte, thatsächlich von viereckiger Gestalt ist. — Regnault (761) fand an der Orbita eines Australiers und eines Neohebriden dasselbe Verhalten wie bei den anthropoiden Affen: das Thränenbein und das Os planum des Siebbeins sind hier, anstatt sich direct zu verbinden, durch Stirnbein und Oberkiefer getrennt.

Die bisherige Annahme, dass die specifischen Endorgane der Riech- und Geschmacksnerven nach Durchschneidung der betreffenden Nervenfasern degeneriren, ist durch eine Arbeit von Baginsky (818) in Zweifel gezogen worden. Dieser konnte nach Durchschneidung des N. glosso-pharyngeus beim Kaninchen im Gegensatz zu v. Vintschgau und Honigschmied keine pathologische Veränderung an den Schmeckbechern nachweisen. Die Zerstörung des Olfactorius führte allerdings zu einer Atrophie der Riechschleimhaut. Da aber bei diesen Versuchen immer der ganze Bulbus olfactorius mit einer grösseren Anzahl der die Riechschleimhaut versorgenden Nerven und Gefässe zerstört wurde, so betrachtet B. dieses positive Ergebniss nicht als beweisend dafür, dass durch Nervendurchschneidung allein eine Degeneration der zugehörigen Nervenendorgane zu erzielen sei. Neuerdings ist nun ein weiterer Beitrag zu dieser Frage geliefert worden von Sandmeyer (Du Bois' Arch. f. Anat. u. Physiol., 1895, H. 3 u. 4, Abth. f. Physiol., p. 269), in dem hervorgehoben wird, dass auch Ranvier und Drasch im Gegensatz zu den Mittheilungen Baginsky's zu denselben Resultaten gekommen seien wie Honigschmied und v. Vintschgau. S. selbst hat auf Grund von 17 Operationen und der daran schliessenden mikroskopischen Untersuchung die Befunde von H. und v. V. vollauf bestätigen müssen. Da die Beweisführung B.'s sich im Wesentlichen darauf stützte, dass auch an normalen Papillen Abnormitäten vorkommen, so hat S. 18 normale Papillen untersucht. Hierbei hat er allerdings die bereits von H. und v. V. festgestellten Abweichungen von der Norm bestätigt; es fanden sich aber unter 1800 Schnitten, die von 18 Papillen stammten, nur 2 Falten, die frei waren von Schmeckbechern. Dahingegen wurde von S. nach der Durchschneidung des Glossopharyngeus vom 28. Tage an stets und vom 21. Tage an meistentheils ein vollständiger Schwund sämmtlicher Schmeckbecher constatirt. — Mit der Frage, welchen Weg die Athmungsluft durch die Nase nimmt, beschäftigen sich Arbeiten von Scheff (380, 819), Schech, Grünwald (957). Scheff kommt zu demselben Resultat wie Kayser (381), welcher angiebt, dass der Luftstrom seinen Weg durch den mittleren Nasengang nimmt. Roth (381)

wendet hiergegen ein, dass seine Patienten bei Verstopfung des mittleren Nasenganges niemals über eine verminderte Durchgängigkeit der Nase geklagt hätten, wohl aber geschähe dies jedesmal, wenn das Hinderniss sich im unteren Nasengange befände.

Für die verschiedenen Geruchsqualitäten hat Aronsohn (507) eine Nomenclatur aufzustellen versucht. — Stasinski (691) hat Versuche an sich selbst angestellt, auf Grund deren er angiebt, dass eine mehr als 7,5—8proc. Kochsalzlösung die Geruchsempfindung verstärkt. Quecksilberpräparate, in die Regio olfactoria eingeführt, veränderten die Geruchsempfindungen. Einpinselungen mit 1proc. Atropinlösung setzten unter den Erscheinungen der Atropinintoxikation die Geruchsschärfe herab. All' diese Veränderungen kommen nach St. durch eine Veränderung der Secretionsverhältnisse zu Stande. — Gradenigo (691) glaubt in der Geruchsempfindung ein diagnostisches Hilfsmittel für manche Nasen- und Ohrenkrankheiten zu sehen. Eine zusammenfassende Abhandlung über die Störungen der Geruchsempfindungen liefert Reuter (160).

Félizet (102) ist der Meinung, dass die Acne rosacea hypertrophica, deren alkoholische Aetiologie ihm nicht ganz sicher gestellt zu sein scheint, mit dem sogenannten Rhinophym identisch sei. In einem besonders entstellenden Falle hatte F. eine umfangreiche plastische Operation vorgenommen, die aber nach Ledentu's und Championnière's Ansichten nicht nothwendig war.

Seifert (141), Lewy (393) haben die histologischen Verhältnisse bei der acuten Rhinitis studirt und gefunden, dass die Veränderungen bei derselben sich grösstentheils mit denjenigen decken, die wir bei andern acuten Schleimhautentzündungen zu sehen gewohnt sind. Chappel (508) theilt einige interessante Malaria-Fälle mit, die bei jeder typischen Attacke heftige vasomotorische Erscheinungen in der Nase zeigten. Chinin wirkte hier wie in einer Reihe von anderen Fällen, die Ch. citirt, coupirend. Für die Behandlung der acuten Rhinitis werden überaus zahlreiche Mittel empfohlen; von diesen seien hier genannt: Terpentinhydrat (intern), Ichthyol, Sublimat, Borsäure (394); Chloroforminhalation — Gerard (214), Solis Cohen (214, 215) u. s. w. — Die Rhinitis caseosa wird von Beausoleil (510) nicht als eine specifische Affection angesehen. Die Ansammlung von Käsemassen hält B. nur für ein Symptom, das durch die verschiedensten Erkrankungen der Nase und ihrer Nebenhöhlen bedingt sein kann. Mc. Bride (880) theilt mehrere diesbezügliche Fälle mit. — Für das Heufieber macht Bishop (279) die Alkalescenz des Blutes verantwortlich; durch Verabreichung von Mineralsäuren sucht er diese zu bekämpfen. Er bezeichnet dieses Verfahren als einen vollen Erfolg. Zur localen Therapie empfiehlt er die Benutzung eines kleinen Inhalators, der eine zehnprocentige Lösung von Campher und Menthol āā enthält. Mackenzie (322) verwirft vollständig die Pollentheorie als Entstehungsursache für diese Erkrankung. Maline (569) hält Heufieber und spasmodischen Schnupfen für eng zusammengehörige Affectionen. Page (569) weist die Färber'sche Methode, welche Congestionen der Nasenschleimhaut durch Reibung der Ohren beseitigen will, zurück und empfiehlt auf's Wärmste eine diätetische Behandlung in Bezug auf Nahrung und Kleidung. — Merick (314) und Roe (315) sprechen über die von der Nase ausgehenden Reflex-

erscheinungen: der letztere glaubt gewisse Fälle von Epilepsie auf reflectorische Reizung von der Nase zurückführen zu können. Price Brown und Solis-Cohen (315) nehmen gegen die extremen Anschauungen mancher Rhinologen, welche alle möglichen Krankheitserscheinungen auf Nasenreflexe zurückzuführen geneigt sind, Stellung. — Moure (281, 571) bespricht die Bildung von Nasensteinen, die seiner Meinung nach immer secundärer Natur sind. Eine Schleimflocke, ein Blutgerinnsel, nach Gerber (571) sogar Mikroben, genügen zur Bildung eines Centrums, um welches sich allmälig immer mehr und mehr Kalksalze ansammeln. Die Entstehung von Nasensteinen ohne die Grundlage irgend eines Fremdkörpers, für welche Didsbury (281) und Allen (282) eintreten, dürfte nach Moure's Ansicht, wenn sie überhaupt vorkommt, überaus selten sein. Hicguet (572) giebt eine besonders construirte Zange zur Entfernung von Nasensteinen an. — Ueber seltenere Nasentumoren berichten Natier, Onodi, Levy, Daguanno (458), Cozzolino (513) (Sarcome), Jones (458), Onodi (699), Lacoarret (700), Robertson (698) (Cystengeschwulst), Tichow (75-759) (Aneurysma cirsoides nasi und Osteom der Nebenhöhlen).

Ueber das Vorkommen von Tuberkelbacillen in der Nasenhöhle Gesunder hat Strauss (213, 393) dankenswerthe Untersuchungen angestellt. Er benutzte zur Prüfung die Wärter und Schüler seiner Abtheilungen, 29 an der Zahl. In 9 Fällen war das Resultat ein positives; die Culturen, Meerschweinchen in die Peritonealhöhle gespritzt, wirkten tödtlich. Casuistische Mittheilungen über Nasentuberkulose lieferten Wroblewski (16), Herzog (18), Baurowicz (824). — Eine umfangreiche Untersuchung über das Vorkommen von Mikroorganismen in der gesunden Nase, deren Resultate zum Theil mit den zur Zeit herrschenden Anschauungen in Widerspruch stehen, rührt her von Thomson und Hewlett (958). Diese Autoren fanden im Naseneingang immer Mikroorganismen, häufig in grosser Zahl. Auf der Schneider'schen Membran dagegen waren dieselben sehr selten; in etwa 80 pCt. ihrer Beobachtungen konnten die Verff. an dieser Stelle keinerlei Mikroben nachweisen. Der Nasenschleim gesunder Nasen war immer steril. — Die erworbene Nasensyphilis wird in einer klinischen Studie besprochen von Bazénerye (219). Le Bart (218) berichtet über zwei Fälle von primärem Schanker in der Nase. Weitere Mittheilungen über Nasensyphilis lieferten Fellows (218), Dunn, Mendel (219) u. a. m. Zum Ersatz des durch Syphilis zerstörten Nasengerüstes werden die verschiedensten Methoden empfohlen. Kromayer (453) rühmt die Thiersch'sche Transplantation, Hupp (453) die indische Methode; Chauvel (454) ersetzt den zerstörten Nasenknochen durch ein Platingerüst; Jury (698) benutzt vulkanisirten Hartgummi; Weir (820) führt Celluloidplatten an Stelle des zerstörten Septums ein und bringt dieselben mittelst einer Incision durch die äussere Nase an Ort und Stelle; Chaput (692) befestigt seine Stütze nicht unter der Schleimhaut, sondern zwischen Haut und Weichtheilen.

Entzündliche Erkrankungen der Nasenscheidewand unter dem Namen acute Perichondritis, Septumabscess, Septumphlegmone etc. sind berichtet worden von Wroblewski (511, 800), Kier (891), Fischenich (331), A. Kuttner (332). All' diese Autoren unterscheiden die traumatischen Formen mit nach-

träglicher Eiterung von den sogenannten idiopathischen Formen, die nach Kuttner durchgehends als locale Infection aufzufassen sind. Dieser Anschauung gemäss verwirft K. die Bezeichnung idiopathische Perichondritis und wünscht an Stelle dieser die betreffenden Erkrankungen als Phlegmonen oder Abscesse der Nasenscheidewand bezeichnet zu sehen. -- Für die Verbiegungen der Nasenscheidewand wird von vielen Seiten die Elektrolyse empfohlen, so von Moure (51, 511), Draispul (498), Hess (512), Bresgen (376) u. a. m. Chiari (51) aber und ebenso Hajek, Stoerk, Heymann (376) sind mit dieser Methode nicht sehr zufrieden. M. Schmidt (143), Spiess (333), Ziem (334) benutzen zur Entfernung von Auswüchsen am Nasenseptum Trephinen und Sägen, die durch Motoren oder mittelst Tretrades getrieben werden, eine Methode, die nach Wright (597) in Amerika schon lange in Gebrauch ist. De Rossi (162) empfiehlt ein besonderes Instrument zur Geradestellung des verbogenen Septums. Chappel und Major (162) haben je ein Messer für die Nasenscheidewand construirt. Einen erschöpfenden Bericht über die verschiedenen therapeutischen Methoden zur Geradestellung verbogener Septen giebt Roe (162).

Unter dem Namen blutender Septumpolyp ist von Schadewald, Scheier, Heymann (332, 333) eine Tumorart beschrieben worden, als deren Charakteristica angegeben werden: Ursprung vom Septum, polypenförmige Gestalt, Zusammensetzung derselben aus jungem Bindegewebe, das mit vielen Rundzellen und weiten Gefässen durchsetzt ist, und starke Neigung zu Blutungen. Alexander (332) und später B. Fränkel und A. Kuttner (s. Verhdlg. d. Berl. laryng. Gesellsch. 1895) dagegen glauben nicht zugeben zu dürfen, dass die eben angegebenen Momente ausreichen, um auf Grund dieser eine besondere Geschwulstart zu construiren. Nach Ansicht dieser Autoren finden sich zahlreiche Tumoren, die den geschilderten mikroskopischen Typus aufweisen, bald da, bald dort in der Nase; bald mit, bald ohne Tendenz zur Blutung. Andererseits finden sich öfters Tumoren ganz anderer Art, die aber auch zu häufigen Blutungen Veranlassung geben, am Septum, so dass dieser Name mehr Verwirrung als Klarheit zu schaffen geeignet ist. Des weiteren werden Krankenberichte über verschiedenartige Septumtumoren mitgetheilt von Cobb (15), Garel, Dausac, Gouguenheim und Hélary (16), Natier (103), Lubliner (891), Strazza (892), u. a. m. — Betreffs der Entstehung des Ulcus perforans septi narium schliessen sich Moure (56) und Zwillinger (697) den früher von Hajek geäusserten Anschauungen im Grossen und Ganzen an. Sabrazès (56) weist den Mikroorganismen, die er in der Umgebung der Perforation fand, eine wesentliche Rolle bei der Entstehung derselben zu. Rupp (697) unterscheidet je nach der Entstehungsursache fünf verschiedene Arten des Ulcus septi perforans. Zur Ausheilung der Perforationsstelle empfiehlt Flatau (56) den Defect durch Lappenbildung zu schliessen. Moure (ib.) räth zur Excision. Schmidthuisen giebt an, dass es ihm immer gelungen sei, mit wenigen Höllensteinpinselungen die Perforationsränder zur Ueberhäutung zu bringen (56). — Die Gefahren, welche mit dem Gebrauch der Nasendouche verbunden sind, die Vorsichtsmaassregeln, welche bei der Benutzung dieses Instrumentes geboten erscheinen, werden erörtert von Mink, Sikkel, Broeksmit (221). — Vor übermässigem Gebrauch der Caustica

und des Galvanocauters in der Nase warnen Kirkpatrick und Daly (628). Ingals (627, 628) hält es für nothwendig, nach Cauterisation der Nasenmuscheln antiseptische Durchspülungen vorzunehmen und die Nasenhöhle nach aussen durch Wattetampon zu verschliessen. Stoerk (826) macht auf die Gefahren aufmerksam, welche durch eine Miterkrankung der Meningen bei Nasen-Erkrankungen und Operationen leicht erfolgen können. Die Knochenblasen an der mittleren Muschel betrachtet Meyerson (104) als Entwickelungsanomalien. Meist fand M. diese Gebilde leer, in 2 Fällen aber waren sie mit Eiter angefüllt. Im Anschluss an diese beiden Fälle werden die Symptome, die eine derartige Erkrankung auslösen kann, und ihre Therapie besprochen. Als intrauterine Hemmungsbildungen fasst Nasse (819) 2 Fälle von angeborener medianer Spaltung der Nase auf; einen derselben führt er auf eine amniotische Verwachsung zurück.

Die wesentlichsten Verhältnisse in der Entwickelung des Nasenrachenraumes hat Escat studirt (631). Er berichtet über die verschiedenen Grössenverhältnisse desselben in den verschiedenen Lebensaltern. Für die Rachentonsille nimmt er drei physiologische Phasen an. Sie ist progressiv im Fötalleben und während der ersten sechs Lebensjahre, stationär bis zum zwölften Jahre, von da ab regressiv. Die Bursa pharyngea ist für ihn keine pathologische Bildung. — Für die Behandlung des Nasenrachencatarrhs schlägt Pipins (632) vor, in die Thränenwege sterilisirtes Olivenöl zu injiciren. Einspritzungen dieses Oels in die Nasenwege direct sollen nicht denselben Erfolg haben. — Eine ausführliche Studie über den Catarrh des Nasenrachenraumes liefert Moure (896). Derselbe sah stets gute Resultate von der localen Behandlung und empfiehlt besonders retronasale Injection. — Die Tuberkulose des Nasenrachenraumes wird ausführlich besprochen von Dmochowski (163, 632).

Für retropharyngeale Abscesse wird allgemein eine acute und eine chronische Form unterschieden: Herrold, Berg, Townsend, Pitts, Reverdin (522—524), Belliard (745), Kummer (902). Die Eröffnung dieser Abscesse soll nach übereinstimmender Ansicht dieser Autoren, sobald es sich um chronische Erkrankungen handelt, immer vom äussern Halse aus erfolgen. Eine Incision vom Rachen aus dürfte nur bei dringenden acuten Fällen am Platze sein. — Ueber Nasenrachentumoren haben Kijewski und Wroblewsky (635) eine ausführliche Arbeit veröffentlicht. Fibröse Polypen sollen thunlichst durch Schlinge oder Zange per vias naturales entfernt werden. Bei malignen Geschwülsten kommen die eingreifenderen chirurgischen Methoden, Spaltung des weichen Gaumens, Eröffnung der Nasenhöhle, Kieferresection in Frage. Die Vor- und Nachtheile der einzelnen Operationsverfahren werden sorgsam gegeneinander abgewogen. Auf die verschiedenen Behandlungsmethoden derartiger Tumoren beziehen sich die Mittheilungen von Annandale (164), Bruns (165), Quénu (633), Berg (633). Besondere Fälle werden noch berichtet von Lathuratz, Sendziak (633), Egidi, Woods, Flatau (634), Beadles (634), Jourouschi (825).

Ueber die adenoiden Vegetationen verdanken wir W. Meyer (965) eine ausgezeichnete Studie, in welcher der Nachweis erbracht wird, dass dieses Leiden fast über die ganze Erde verbreitet ist und dass, wie aus Portrait-Büsten und Bildern ersehen werden kann, diese Erkrankung schon viele Jahrhunderte hin-

durch das Menschengeschlecht gepeinigt hat. Allen (962) meint, dass die üblen Folgezustände dieses Leidens durch drei Momente bedingt seien: 1. durch ihre Masse, 2. durch die Deformirung der knöchernen Wandung der Nase, die sie bedingen, und 3. durch eine Einwirkung auf das Allgemeinbefinden, deren Entstehung und Wesen zwar unklar, aber doch zweifelsohne ist. A. ist geneigt, anzunehmen, dass zwischen den adenoiden Vegetationen und der Hypophysis cerebri ein näherer Zusammenhang besteht. Winkler (899) glaubt an der Hand eigener Beobachtungen nachweisen zu können, dass die Annahme Körner's, welcher eine abnorm hohe Wölbung des Oberkiefers auf das Fortbestehen einer Nasenobstruction nach dem Zahnwechsel zurückführt, nicht für alle Fälle stichhaltig sei. — Grónbech (575, 768), Dionisio (69), Otto (70), führen die Enuresis nocturna in sehr vielen Fällen auf das Vorhandensein adenoider Vegetationen zurück. Guibert (573) macht die adenoiden Vegetationen für zahlreiche Augenleiden bei Kindern verantwortlich; Fälle, die vordem jeder Behandlung widerstanden haben, wurden nach der Entfernung dieser Wucherungen leicht geheilt. — Lermoyez (576, 769) giebt auf Grund zweier Beobachtungen der Meinung Ausdruck, dass in gewissen Fällen die adenoiden Vegetationen nur den Ausdruck einer Rachentuberkulose bilden. In solchen Fällen kann durch die Operation leicht eine Generalisation und rapide Entwickelung der Tuberkulose veranlasst werden. Aehnliche Anschauungen für die Tonsille äussert Krückmann (775). — Soeder, Kayser (367, 368), Permewan (962) führen mancherlei Sprach- und Gehörsstörungen auf das Vorhandensein von adenoiden Vegetationen zurück. — Allen (818) giebt als charakteristisch für den Cretinismus folgende Schädelform an: kegelförmige Gestalt der Stirn, stark vorspringendes Occiput, Depression zwischen diesem und dem Parietalbein, mangelhafte oder übergrosse äussere Nase, Schmalheit und hohe Wölbung des harten Gaumens, ungewöhnliche Grösse des Nasenrachenraumes. — Castex und Malherbe (283) haben interessante Untersuchungen angestellt über das Körperwachsthum nach der operativen Entfernung adenoider Vegetationen. Hierbei zeigte sich, dass das Wachsthum in den der Operation folgenden Monaten der normalen Entwickelung gegenüber wesentlich erhöht ist. — Zur Entfernung der hypertrophischen Rachenmandeln empfiehlt Chiari (56) die Anwendung der kalten Schlinge durch die Nase. — Während nach Redmann, Sheild, Holloway, Collier (576) eine Narkose während der Operation thunlichst vermieden werden soll, hat sich eine grössere Anzahl angesehener englischer Aerzte in der Lond. laryng. Gesellsch. (270) dahin ausgesprochen, dass zum Zweck einer möglichst gründlichen Operation eine leichte Narkose wünschenswerth sei. Welches Anaestheticum zu bevorzugen sei [s. hierüber auch Helme (626), de Roaldes (757), Tesier (758)] und über die Detailfragen der Operation selbst gingen die Meinungen der Autoren ziemlich weit auseinander. Sandford (810) sah nach einer Operation adenoider Vegetationen, die er in der Chloroformnarkose vorgenommen hatte, unter epileptischen Erscheinungen den Tod eintreten.

Choanalverschlüsse werden mitgetheilt von Beausoleil (18), Hopmann (399), Gouguenheim und Hélary (627). Hopmann glaubt im Gegensatz zu Schwende, dass auch diejenigen Verschlüsse, die vor der Choanalebene gelegen sind, als typische aufzufassen seien. — Von Gutsche (460) und Tar-

gett (461) wird je ein Fall eines malignen Tumors der Hypophysis cerebri berichtet, die zum Durchbruch nach der Nasenhöhle geführt hatten. In dem ersten Falle wurde aus der Nase klare Cerebrospinalflüssigkeit entleert, im zweiten Falle war das Sekret ausgesprochen eitriger Natur.

Eine umfangreiche Literatur, reich an lebhafter Polemik, beschäftigt sich mit den Erkrankungen der Nebenhöhlen der Nase und deren Beziehung zur Ozaena und zur Polypenbildung. Schon über den Werth derjenigen Untersuchungen, welche eine sichere Diagnosenstellung ermöglichen, gehen die Ansichten der meisten Autoren weit auseinander. Caldwell (106) glaubt, dass man schon aus der Stelle, wo sich der Eiter zeigt, die Diagnose auf dieses oder jenes Empyem stellen könne. Die Durchspülung der Sinus frontalis et maxillaris per vias naturales meint er ohne Schwierigkeit in den meisten Fällen erreichen zu können. Aehnliche Ansichten vertreten Lacoarret (45), Raugé (761), Garel (766). Dahingegen halten Sendziak (108), Burger (334, 344, 345), Gregor (336), Bryan, Roe, Bosworth (340, 341) die Durchspülung der genannten Höhlen für eine recht unsichere Methode; die Sondirung des Sinus frontalis ist ohne vorbereitende Operation nach Bericht dieser Autoren sehr schwierig, oft sogar ganz unmöglich. In der Localisation des Eiters in der Nase sehen dieselben für viele Fälle einen recht wesentlichen Fingerzeig für die Diagnose, dem aber eine Beweiskraft nicht beizumessen ist.

Die Wichtigkeit der Sondenuntersuchung, besonders bei Erkrankung des Siebbeins wird von allen Autoren bedingungslos anerkannt [Schuster (108), Schmiegelow (109), Burger (344, 345), Hicquet (514), Bosworth (515) u. a.]. Nur glaubt Hajek (339, 515) darauf aufmerksam machen zu müssen, dass die Sondirung des Siebbeins auch leicht zu falschen Schlüssen führe, weil das Knistern der dünnen Knochenplättchen im Siebbein bei Sondenberührung, selbst wenn dieselben ganz normal sind, leicht eine Caries vortäusche. Die Gefahr dieser Täuschung wird noch vermehrt, wenn, wie Chiari (378) hervorhebt, hier oder da der Schleimhautüberzug in diesem Knochenlabyrinth defect geworden ist. Réthi, Roth (378) schliessen sich im Wesentlichen diesen Auseinandersetzungen an.

Die Durchleuchtung wird von Caldwell (106, 109) als ein werthvolles diagnostisches Hilfsmittel angesehen, von welchem auch Burger (107, 345), Chancy (763), J. Symonds (882), Milligan, Grant (883) Vohsen (938) eine gute Meinung haben. In ähnlicher Weise äussert sich A. Kuttner (Eul. Real-Enc. 3. Aufl.), der in den Resultaten, die diese Methode liefert, zwar nie einen bedingungslosen Beweis, wohl aber eine brauchbare Unterstützung für die Diagnosenstellung bei vielen Fällen erblickt. Mygind (345) lässt dieselbe nur in sehr bedingter Weise gelten; er giebt nur zu, dass ein positives Resultat mit grosser Wahrscheinlichkeit darauf schliessen lässt, dass keine Eiteransammlung vorhanden sei. Für Ziem (109) aber ist die Durchleuchtung ein schönes Experiment ohne jede Beweiskraft: denn auch die Beweiskraft jedes positiven Ergebnisses werde durch die häufigen Abnormitäten, welche die Highmorshöhle in Lage und Ausdehnung zeige, illusorisch gemacht.

Für die Diagnose des Empyems in der Sinus frontalis sehen Schech, Dreyfuss (938) in den Druckschmerzen der inneren, oberen Orbitalwand ein wesentliches Hilfsmittel, das aber nach Grünwald's (937) Meinung nur bei

Fällen, die sich zum Durchbruch anschicken, gefunden wird, während es gerade bei latenten Empyemen vermisst wird.

Zur Behandlung chronischer Eiteransammlungen in den Nebenhöhlen werden von den meisten Autoren chirurgische Eingriffe empfohlen. Meyer (763), Capdepont (764), Mackenzie (341) bevorzugen beim Empyem des Sinus maxillaris die Anbohrung von der Alveole aus. Schäffer (763), Ferreri (766), Wagner (765), Scanes Spicer (882), Grünwald (937) rathen zu einer breiten Eröffnung der erkrankten Höhle, welche sich am besten von der Fossa canina aus bewerkstelligen lasse. Bryan, Roe, Bosworth (340, 341) benutzen bald diese, bald jene Methode, je nach der Individualität des Falles. Winkler (338), der nach Schäffer's Vorgang die Probepunktion des Sinus frontalis vom Nasendach aus empfiehlt, erfährt Widerspruch von Schech, Bresgen, M. Schmidt, Engelmann (ib.), die dieses Vorgehen für nicht unbedenklich halten. Zur Frage von der Spontan-Heilbarkeit des Highmorshöhlen-Empyems, die von Grünwald für unmöglich gehalten wurde, sind von Interesse die Beobachtungen, die F. Semon (342), Moxham (343) an sich selbst anzustellen Gelegenheit hatten.

Eine eingehende Erörterung finden diese Fragen in den Discussionen verschiedener wissenschaftlicher Gesellschaften [V. Congr. russ. Aerzte (498), British Med. Assoc. (881), II. Versammlung süddeutscher Laryngol. (936)] und in den ausführlichen Studien von Burger (334), Engelmann (336), Luc (337), Hajek (339). Ergänzungen mehr casuistischer Natur lieferten: Herzfeld (339) und Ankinidow (498) (Empyem der Keilbeinhöhlen); Dunn (761) (Mucocele der Stirn- und Siebbeinhöhle); Lessniowsky (763) (Hydrops inflammator. antr. Highmori). — Maligne Tumoren der Highmorshöhlen wurden beobachtet von Myles, Reinhard, Dunn (768). Collier (810) sah Polypen in der Stirnhöhle; Fremdkörper in der Highmorshöhle fanden Betz (142), Moure (744), Ziem (767).

Snellen (335), Ramage (336), Kuhnt (551), Berger (573) berichten von Erkrankungen der knöchernen Augenhöhle, des Auges und des Sehnerven, die sich auf Grund von Nebenhöhlenerkrankungen eingestellt hatten. Terson (573), glaubt, dass schon einfache Entzündungen der Nasen- und Rachenhöhle genügen, um Störungen im Sehapparat hervorzurufen.

Eine Arbeit von Gradenigo (766), der 100 Leichen untersuchte, lässt einen Schluss auf die Häufigkeit der Highmorshöhlenerkrankung zu. Derselbe fand 26 Mal Empyeme dieser Höhlen, die intra vitam latent geblieben waren. — Schoondermark (345) glaubt, dass das Highmorshöhlen-Empyem fast immer dentalen Ursprunges sei.

Eine lebhafte Discussion wird zur Zeit darüber geführt, in welchem Verhältniss die Erkrankung der Nebenhöhlen der Nase zur Polypenbildung, zur Entstehung der Ozaena und der Rhinitis chronica stehen. Die Behauptung Grünwald's, dass die sog. Schleimpolypen in der Nase häufig auf irgend welche Nebenhöhlenerkrankung zurückzuführen seien, wird von den meisten Autoren als richtig anerkannt — Pröbsting (141), Avellis (143) —, nur darf man, worauf besonders Hajek (515) und Kahsnitz (143) aufmerksam machen, nicht so weit gehen, jede Polypenbildung auf derartige Erkrankungen zurückführen zu wollen. H. sowohl wie Fischenich (143) sind der Meinung, dass der Entwickelungsgang auch ein umgekehrter sein könnte, d. h., dass

Polypen auch die Veranlassung zur Nebenhöhlenerkrankung abgeben können, was allerdings wieder von Avellis (143) bestritten wird.

Von Mittheilungen über Nasenpolypen sind noch hervorzuheben die Berichte von Goldstein (455), welcher bestätigt, dass derartige Tumoren auch bei Individuen unter 16 Jahren nichts seltenes seien; von Kalischer (454), welcher in den Nasenpolypen häufig zahlreiche, neugebildete Nervenstämmchen fand; von Rupp (103), der bei einem Patienten durch Nasenpolypen die schwersten Symptome: Taubheit, Aphonie, Asthma, Schlaflosigkeit, Kopfschmerz, Schwindel, Neuralgie und epileptische Anfälle ausgelöst werden sah. All' diese Erscheinungen gingen nach der Operation zurück. Erwähnung verdient noch eine Mittheilung von Panné (104), der eine 3 Wochen dauernde Resection der äusseren Nase vornehmen zu müssen glaubte, um eine Nasenhöhle von zahlreichen Polypen zu reinigen.

Die Ozaena wird von einer Reihe von Autoren, von Tissier (216), Cohnstädt (216), Bresgen (142, 342, 396) nach Grünwald's Muster als eine Folgeerscheinung der verschiedensten Nebenhöhlen-Erkrankungen aufgefasst, wobei allerdings die genannten Autoren nicht so weit gehen wie Gr. selbst, welcher jedes Vorkommen einer genuinen Ozaena für unwahrscheinlich hält und diese Bezeichnung nur als Benennung eines Symptomencomplexes gelten lassen will. Im directen Gegensatz hierzu befinden sich nun Hajek, Zuckerkandl (160, 161, 515), Rethi (758), Jacoby (823), welche diesen bedingungslosen Causalnexus zwischen beiden Affectionen nicht gelten lassen wollen. H. und Z. weisen darauf hin, dass diese Anschauung mit den Sectionsergebnissen bei der Ozaena durchaus nicht in Einklang zu bringen sei und R. berichtet von einem Fall, bei dem die Ozaena nach Ausheilung des Empyems weiter bestand. — Eine fast durchgehende Einstimmigkeit aber herrscht darüber, dass die Ozaena von der Rhinitis atrophica simplex getrennt werden müsse — Rethi (758), Tissier (693), Cozzolino (692), Guilpin (823) —; dieser letztere sieht in der Ozaena eine typische Sklerose des Epithels, während er die Atrophie der Rhinitis atrophicans auf Gefässveränderungen zurückführen zu müssen glaubt.

Ueber die ätiologischen Verhältnisse aber, die bei der Entstehung der Ozaena eine Rolle spielen, gehen dafür die Meinungen desto weiter auseinander. Die Hopmann'sche Annahme, nach welcher die Verkürzung des Septum und der Muschelschwund als eine angeborene, späterhin zur Ausbildung der Ozaena führende Entwickelungsstörung aufzufassen sei, wird von Grünwald (396) bestritten. Rethi (758) jedoch will diesen räumlichen Verhältnissen gern einen prädisponirenden Einfluss zugestehen. Das eigentliche Wesen der Sache aber ist nach R. in einer Drüsenerkrankung zu suchen, die auch in der Tissier'schen Auffassung (216) eine für diesen allerdings nur secundäre Rolle spielt. Denn T. gehört zu denjenigen Autoren, die als erstes Moment eine Herderkrankung im Siebbein annehmen. Hier siedeln sich nach seiner Auffassung Fäulnissbacterien an, deren Stoffwechselproducte die Atrophie des Drüsenepithels veranlassen. Auch Loewenberg (216 — Cocco-bacill.), Paulsen (397 — Kapsel-bac.), Abel (65 — Bac. mucos.) räumen den Mikroorganismen die entscheidende Rolle bei der Entstehung der Ozaena ein. Braden Kyle (217), Watermann (65), Strazza (50, 396) aber wollen die bacterielle Entstehung der Ozaena vorläufig

noch nicht zugestehen, weil vor allen Dingen nicht immer ein und derselbe Keim sich in allen Fällen fand und die Specifität der verschiedenen Mikroorganismen noch nicht erwiesen sei. — Strazza (50, 396) meint, dass die Ozaena ein chronisch entzündlicher Prozess sei, dessen Endstadium sich als eine Sclerose des Gewebes und als Epithelmetaplasie darstellt. Diese Definition wird wieder von Rethi (758) zurückgewiesen, weil auch nach eingetretener Heilung die anatomischen Verhältnisse der Gewebe keinerlei Aenderung bemerken lassen. Ebenso kann R. in abnormer Weite der Nasenhöhle nicht das entscheidende Moment sehen, weil es auch enge ozaenöse Nasen gäbe. Dass R. das eigentliche Wesen dieses Leidens in einer Drüsenerkrankung sieht, ist bereits erwähnt. Watermann (65) setzt sich in Gegensatz zu den meist jetzt herrschenden Anschauungen dadurch, dass er die durch Lues, Tuberkulose etc. bedingten Nasenerkrankungen als genuine Formen der Ozaena auffasst. Dunn (66) glaubt mit Bosworth, dass die Ozaena in eitrigen Nasenentzündungen der frühesten Jugend ihren Ursprung habe.

Erwähnenswerth ist noch, dass Sulzer (823) 2 Fälle von Neuritis optica sah, die durch Ozaena ohne jede Nebenhöhlenerkrankung bedingt waren. Durch symptomatische Ozaenabehandlung gingen die Erkrankungen des Sehnerven zurück.

In therapeutischer Beziehung sind wesentliche Neuheiten nicht zu verzeichnen. Rethi (578) empfiehlt Aetzungen mit Chromsäure, Trichloressigsäure, Galvanokauter. Gibb (693) wendet Einpuderung von stearinsaurem Zink, Heymann (101) solche von Aluminiumsalzen an. Saenger (693) sucht die abnorme Weite der Nasenhöhle dadurch zu bekämpfen, dass er in die Naseneingänge kleine Zinnplatten einfügt, welche das Durchstreichen übergrosser Luftmengen einschränken sollen. Binder (822) sah von der klimatischen Behandlung gute Erfolge. Grünwald, Tissier, Bresgen (l. c.) verlangen als Grundlage der Behandlung die Ausheilung bestehender Herderkrankungen. — Ueber die Schleimhautmassage gehen die Anschauungen immer noch weit auseinander. Braun, Garnault, Massucci, Schmidt (52), Laker (52. 221), Watermann (65), Isaia (56), Bogdan (220 — Selbstbehandlung), Black (628 — neue mit dem Motor getriebene Sonde), Blondiau, Daae (759) rühmen die guten Erfolge derselben, während Chiari (52), Rethi (758), Zwillinger (628) mit derselben nichts erreicht haben, was nicht auch durch jede andere Methode zu erreichen gewesen wäre.

C. Mund- und Rachenhöhle.

v. Lenhossék (772) hat, nachdem seine früheren Angaben über die Nervenendigungen in den Geschmacksknospen mittlerweile von Retzius und Arnstein bestätigt worden sind, in fast jeder Knospe der Kaninchenzunge, auf der Oberfläche derselben liegend, eine Anzahl stabförmiger, schmaler Kerne gefunden, an die sich nach oben und unten hin ein fadenförmiger, stark lichtbrechender Zellkörper anschliesst, welche der Verfasser für umgewandelte Deckzellen zu halten geneigt ist. — Ross (772) vermuthet auf Grund mikroskopischer Untersuchungen, dass die acuten Formen der Ranula ihren Ursprung in der Fleischmann'schen Bursa, die chronischen den ihrigen in den Bochdaleck'schen Gängen oder in der Blandin-Nuhnschen Drüse haben. — Die Geschmacks-

empfindung fand Lichtenstein (73) bei rhachitischen Kindern wesentlich herabgesetzt. Er glaubt dies auf eine Schädigung des cerebralen Geschmackscentrums zurückführen zu sollen. — Wedensky (73) hat die funktionelle Leistungsfähigkeit der Speicheldrüsen studirt. Er fand, dass die höchste Arbeitsleistung dieser, ebenso wie diejenige der Muskeln, bei einer ganz bestimmten Stärke und Häufigkeit des inducirten Stromes erreicht werde. Jedes Mehr oder Weniger der Reizung setzte die Leistung des gereizten Organs herab. — Zenoni (157) macht auf eine eigenthümliche Farbenreaction des Sputums aufmerksam: er fand, dass in Alkohol geronnenes Sputum, mit einer wässerigen Safraninlösung gefärbt, eine gelbe Tinction zeigte, wenn dasselbe vorwiegend schleimiger Natur war; bei pneumonischen Erkrankungen dagegen nahm das Sputum eine röthliche Färbung an.

Unter dem Namen rheumatische Erkrankungen des Halses werden neuerdings eine grössere Anzahl von Erkrankungen der Schleimhäute, der Muskeln, Gelenke und Nerven des Halses zusammengefasst, die nach Annahme der Autoren ätiologisch zurückzuführen sind auf dasselbe Virus, welches die Erkrankungen des Gelenk- und Muskelrheumatismus bedingen soll. So hält Bulson (461) die rheumatische Diathese für ein wichtiges ursächliches Moment für die verschiedensten Halserkrankungen. Compaired (124) berichtet über drei Fälle, in denen es sich seiner Meinung nach um eine rheumatische Entzündung des Crico-arytaenoid-Gelenkes handelte. Er bringt die Gründe bei, welche ihn zu dieser Diagnose veranlasst haben und empfiehlt zur Behandlung solcher Affectionen die Salicylpräparate und locale Verabreichung von Cocain. Auch Roos (288, 461) theilt vier Fälle von acutem Gelenkrheumatismus mit, in denen eine Angina die Krankheit einleitete. Er ist der Ansicht Fiedler's, dass die rheumatische Angina als die erste Wirkung der mit der Athemluft in den Körper aufgenommenen Krankheitserreger betrachtet werden kann, deren genauere Kenntniss jedoch zur Zeit noch aussteht. Des weiteren berichtet G. Meyer (299) über einen Fall von acutem Gelenkrheumatismus, bei welchem das Crico-arytaenoid-Gelenk mit betroffen war. Eine grössere, umfassende Abhandlung über dieses Thema liefert Freudenthal (320), Dieser theilt eine ganze Anzahl von Krankengeschichten mit, welche theils dem Bilde des acuten Gelenkrheumatismus, theils demjenigen des acuten oder chronischen Muskelrheumatismus entsprechen; auch rheumatische Lähmungen der Stimmbänder werden citirt. Nach F.'s Meinung stellen sich die in den oberen Luftwegen localisirten rheumatischen Erkrankungen zumeist als Vorläufer oder Begleiterscheinungen einer Allgemeinerkrankung dar, nur in seltenen Fällen dürfte es sich um abortive, auf die oberen Luftwege beschränkte Formen handeln. Auch die von Heryng beschriebenen benignen Pharynxulcerationen wünscht der Verfasser, der selbst 5 derartige Fälle beobachtet hat, als rheumatische Affectionen aufgefasst zu sehen. F. ist ausserdem geneigt, gewisse Nasenaffectionen als rheumatische zu betrachten, die theils mit, theils ohne acut entzündliche Erscheinungen verliefen. In all' diesen Fällen stützt sich die Diagnose immer auf die rheumatische Disposition der Erkrankten, auf die Lebhaftigkeit des Schmerzes, der gewöhnlich in keinem richtigen Verhältniss zu den local nachweisbaren Veränderungen stand, und vor allem auf die günstige Wirkung, welche eine antirheuma-

tische Behandlung auf diese Fälle ausgeübt hat. Des Weiteren theilt F. als den eben besprochenen Affectionen nahestehend zwei Fälle mit, von denen er die Halsbeschwerden des einen auf eine gichtische, die des andern auf eine lithämische Allgemeinerkrankung zurückführt. Eine interessante Beobachtung über Angina urica theilt auch Danziger (829) mit. Derselbe sah bei einem Gichtkranken jedesmal 24 Stunden vor Eintritt des Anfalles Halsschmerzen auftreten unter starker Röthung des weichen Gaumens. Zugleich mit dem Gichtanfall verschwanden die Halsschmerzen und die local entzündlichen Erscheinungen. Auch Solis Cohen (26, 318) ist der Meinung, dass durch Gicht oder auch nur durch eine harnsaure Diathese in nicht all' zu seltenen Fällen Schmerzen und perverse Empfindungen in den Halsorganen ausgelöst werden können, die oft sogar ohne oder nur mit geringfügigen anatomischen Erscheinungen verlaufen.

Norris Wolfenden (463, 635) tritt für die Selbstständigkeit der lacunären Tonsillitis ein und wünscht dieselbe zu den Mikroorganismen, die bei ihr gefunden werden, Staphylo-, Strepto-, Pneumococcen etc. in Beziehung zu setzen. Auch bei nichtdiphtherischen Tonsillitiden hat W. Eiweiss im Urin, Endo- und Pericarditiden und paralytische Erscheinungen gesehen. Auch Bourges (642) theilt einen Fall von Angina pseudomembranacea mit, bei der weder Löffler'sche Bacillen noch Streptococcen gefunden wurden und die trotzdem zu Strabismus, näselnder Sprache und Schluckstörungen geführt hat. Sendziak (463), der in 30 Fällen von Angina follicularis ausgedehnte bacteriologische Untersuchungen angestellt hatte, bei denen er nur Hoffmann-Löffler'sche Bacillen, Staphylo- und Streptococcen gefunden hat, betrachtet diese Erkrankung ebenfalls als eine durchaus selbstständige, die in keinerlei Beziehung zur Diphtherie steht. Von der Contagiosität derselben ist er, ebenso wie Wolberg (287), Maurel (830), fest überzeugt. W. hat die Incubationsdauer dieser Erkrankung auf 3 bis 4 Tage berechnet. Lermoyez, Helme, Berbier (636) sahen eine chronische Tonsillitis, die durch Bacterium coli unterhalten wurde. Dunogier (21) macht darauf aufmerksam, dass längere Zeit andauernde Mandelentzündungen zuweilen bedingt werden können durch den schwierigen Durchbruch von Weisheitszähnen. Incisionen des Zahnfleisches haben in solchen Fällen die Mandelentzündungen zum Schwinden gebracht. — Leland (20) unterscheidet zwei Arten von recurrirender Mandelentzündung. Bei der ersten handelt es sich um eine parenchymatöse, bei der zweiten um eine lacunäre Form. Therapeutisch empfiehlt er, mit einem kleinen scharfen Haken die Zwischenwände zwischen den einzelnen Krypten zu zerreissen. Die Risswunden werden dann mit in Jodglycerin getränkter Watte betupft. — Woodbury (830) unterscheidet folgende Formen der Mandelentzündung: 1. eine katarrhalische oder oberflächliche, 2. eine parenchymatöse oder eitrige und 3. eine infectiöse, die diphtherischer oder specifischer Natur sein könnte. Den Namen Tonsillitis phlegmonosa wünschen Gouguenheim und Ripault (636) durch die ihrer Meinung nach präcisere Bezeichnung Mandelabscess und peritonsillitische Phlegmone zu ersetzen.

Für die Tonsillarhypertrophie werden nach wie vor die verschiedensten Operationsmethoden empfohlen. Kuh, Hudnut (172) rühmen die Galvanopunktur, Marcel (173), Lichtwitz (830), Canaby (831), Mounier (831)

ziehen die Abschnürung mittelst der Schlinge vor. Ruault (172) benutzt eine eigens construirte Zange. — Santi (173) und Barkan (174) theilen die Erfahrungen mit, die sie über Blutungen nach geschehener Tonsillotomie gemacht haben. — Geschwülste der Tonsillen, zum Theil mit umfangreicher Würdigung aller einschlägigen Verhältnisse werden mitgetheilt von Guépin und Ripault (175), Verneuil (175). Solis-Cohen (176), Clinton Wagner (176), Asch (177), Mandragora (636). — Mandelsteine sind beobachtet worden von Lange (467), Campenni und Arena (636). — Cline (637) sieht in perverser Secretion der Tonsillen und Concrementen gelegentliche Ursache zu Halsschmerzen und anginösen Erkrankungen. — Tuberkulöse Erkrankungen der Mandeln bilden den Gegenstand der Publication von Sacaze, Tussau (174), Krückmann (775, s. oben S. 1013) und Triep (831). — Zwei Fälle von primärem Schanker der Mandeln hatte Chappel (175) zu beobachten Gelegenheit.

Ueber die Innervation des Gaumensegels hat Livon (348. 641) ausführliche Angaben gemacht. Er fand bei Reizung der Vaguswurzeln Senkung des Velum palatinum und Annäherungsbestrebungen der hinteren Gaumenbögen. Bei Reizung der Spinalwurzeln Hebung der entsprechenden Seite des Velum palatinum. L. schliesst daraus in Uebereinstimmung mit Vulpian, dass der M. palato-staphylinus und der M. pharyngo-staphylinus von den untersten bulbären Wurzeln des Vagus in Gemeinschaft mit dem Facialis und Glosso-pharyngeus versorgt werden, während die beiden M. peristaphilini extern. neben anderen Nerven aus den obersten bulbären Wurzeln ihre Fasern beziehen. — Adler (641) fand bei einem Falle von Syringomyelie des Halsmarkes Stimmband- und Gaumensegellähmung derselben Seite.

Lubliner (704) hat in 5 Fällen von Herpes laryngis den Inhalt der Herpesbläschen untersucht und fand immer in denselben Staphylo- und Streptococcen. L. hält diese Erkrankung für eine infectiöse, ohne dass er gerade die gefundenen Mikroorganismen ätiologisch dafür verantwortlich machen will. Für zwei Fälle, in denen ein Zusammenhang des Herpes mit Trigeminusneuralgie constatirt wurde, neigt L. zur Annahme der Gerhard'schen Hypothese betreffs der Enstehung des Herpes. Wickam (224) fand bei Tabeskranken Geschwüre an Mund- und Wangenschleimhaut, die ihm so charakteristisch erschienen, dass er sie als diagnostische Hilfsmittel für Tabeserkrankung zu betrachten geneigt ist. — Goodall (639) warnt, man möge nicht jede Perforation des weichen Gaumens bedingungslos als durch Syphilis entstanden betrachten: er habe mehrere Fälle beobachtet, in denen dieselben durch Scarlatina bedingt waren. Fowler (ib.) hat ebensolche Fälle nach diphtherischen Erkrankungen gesehen.

Die glatte Atrophie der Zungenwurzel wird von Lewin und Heller (774) im Gegensatz zu Seifert nach wie vor als ein diagnostisches Hilfsmittel von hoher praktischer Bedeutung für die Lues gehalten. — Duplaix (168) fand bei mehren Patienten, die über lebhafte Schmerzen in der Zunge klagten, kleine, nur mit der Lupe wahrnehmbare Ulcerationen, die ihren Sitz in den Papillae filiformes zu haben schienen. — Simanowski (24) giebt eine ausführliche

Beschreibung der Anatomie der entzündlichen Erkrankungen der Zungenpapille. Er unterscheidet einen einfachen Katarrh, eine lakunäre Entzündung, eine Periamygdalitis phlegmonosa und chronisch entzündliche Zustände, die sich gewöhnlich als Hypertrophien charakterisiren. Eine Hemiatrophie der Zunge auf Grund nervöser Erkrankungen wird berichtet von Geronzi und Ascoli (774).

Die sogenannte schwarze Zunge wird von Masoin (76) als das Resultat einer trophischen Störung aufgefasst, die von der Anwesenheit irgend welcher Mikroorganismen unabhängig sei. Seiner Auffassung nach gehört die Affektion in die Gruppe der Neoplasmen. Sendziak (227, 404) dagegen betrachtet dieselbe als eine entschieden parasitäre Affection. — Ueber die Leucoplacia liefert Wierenga (225) eine ausführliche Abhandlung. Nach Schilderrng der klinischen Erscheinungen weist W. darauf hin, dass der mikroskopische Befund bei dieser Affection (Verdickung und Verhornung des Epithels und Infiltrat der tieferen Schleimhautschichten) keinen Schluss auf die Natur des Leidens zulässt. Die Syphilis wird ebenso wie der Taback, das Quecksilber, der Alkoholgenuss nnr als prädisponirendes Moment aufgefasst. Ueber die Beziehungen zwischen Leucoplacia und Carcinom kann W., trotzdem ihm ein Zusammenhang zwischen beiden Affektionen sehr wahrscheinlich erscheint, nichts näheres berichten. Aehnliche Erwägungungen über diese Affektion finden sich bei Dubois-Havenith (773). — Die Makroglossie ergab gewöhnlich bei ihrer mikroskopischen Untersuchung durch Eickenbusch (405) und Debersasques (405) Hypertrophie und Hyperplasie der Muskelfasern bei spärlicher Wucherung des Bindegewebes und der Gefässe. In einzelnen Fällen dagegen ähnelte der mikroskopische Befund sehr demjenigen, den man beim Hämatolymphangiom, wie solch' ein Fall von Lubliner (580) berichtet wird, zu sehen gewohnt ist. Die beiden genannten Autoren sahen, ebenso wie Krawtschenko (773), bei dieser Erkrankung gute Resultate durch tiefe keilförmige Excisionen. Eine eigenthümliche Form der Makroglossie beobachtete Botescu (774), die derselbe als eine Glossitis parenchymatosa auffasste. Das stark vergrösserte Organ verkleinerte sich ohne jedes Zuthun und war drei Tage nach Beginn der spontanen Besserung vollkommen normal. Ohne auffindbaren Grund schwoll dann die Zunge wieder stark an, um schliesslich wiederum ohne besondere Behandlung zur Norm zurückzukehren.

Ueber die Erfolge der Operationen bei Zungencarcinom berichten Curtis (228) Butlin (229) (dieser hat nur nach Whitehead's Methode operirt), Riddel (230), Ehrmann (230) (dieser bespricht die Störungen des Geschmacks, der Sprache, der Kau- und Schluckbewegungen nach vollständiger Exstirpation der Zunge), Cotterell (581), Variot (775) (der ein Zungenepitheliom bei einem 11jährigen Knaben zu beobachten Gelegenheit hatte), Lagoutte (774), Souville (775). Ausführliche Litteraturangaben über das Zungencarcinom und seine Behandlung bringt Perman (406). In einem inoperablen Fall hat P. durch Pyoktanin - Einspritzungen unter gleichzeitiger Anwendung von Galvanokaustik Heilung erzielt. — Campbell (299) sah eine Fraktur des Zungenbeins ohne jede Behandlung anstandslos heilen.

Die Mycosis pharyngis benigna wird von Hamilton (520) zurückgeführt auf die Einwirkung verschiedener Mikroorganismen. Er fand bei dieser Affektion den Staphylococcus pyogenes aureus und einen Bacillus, der Leptothrixfäden bildete. Raugé (46) hingegen hält die Parasiten der Rachenmycose nicht für identisch mit dem gewöhnlichen Leptothrix. Für die Behandlung wird von verschiedenen Seiten — Thomas (519), Hall (613), Ingals (680) — der Galvanokauter empfohlen. Semon (46) glaubt jedoch von der Verwendung der Kaustik abrathen zu sollen, da er durch dieselbe bei dieser Affektion recht unangenehme Erscheinungen gesehen habe. Fälle, in denen nicht ganz besondere Beschwerden vorlägen, was übrigens nur selten der Fall sei, behandle er mit gutem Erfolge durch roborirende Diät. Baber (ib.) ist ungefähr derselben Meinung: für besonders schwere Fälle empfiehlt er die locale Verwendung von absolutem Alkohol. Glasgow (520) benützt gesättigte Borsäurelösung, Wagnier (746) Cromsäure, Dunn (576) entfernt grössere Massen mit der Schlinge und applicirt dann gesättigte Lösung von Kali permanganicum. — Iljin (966) hat Untersuchungen darüber angestellt, ob der Leptothrix buccalis, der sich mit Jod bald blau, bald gelb färbt, zwei verschiedene Arten repräsentirt oder ob es sich nur um Modificationen ein und desselben Mikroorganismus handelt. Das Resultat seiner Arbeit geht dahin, dass die Jodreaction nicht als Unterscheidungsmerkmal für verschiedene Arten aufgefasst werden kann.

Fälle von sublingualer Phlegmone werden berichtet von Brasseur (772) und Matignon (773). — Eine zusammenfassende Studie über die Pathogenese der benignen Polypen der Mundrachenhöhle giebt Bouillond (75). — Eigenthümliche kongenitale Anomalien der Gaumenbögen beobachtete Garel (776). — Unter den zahlreichen Fällen von Rachentumoren, die berichtet werden — Roe (522), Lamphear (577) u. s. w. — verdient hervorgehoben zu werden ein Fall von Shattock (640), der bei einem vom weichen Gaumen und bei einem von der Lippe stammenden Tumor Strukturverhältnisse nachwies, wie man sie gewöhnlich bei Geschwülsten der Parotis und der Speicheldrüsen findet. Auf Grund dieser Befunde sah sich Sh. veranlasst, zu untersuchen, ob die Gaumen- und Lippendrüsen der Menschen als Speicheldrüsen wirkten. Aber nur in 3 Fällen konnte er im Sekret dieser Drüsen Ptyalin entdecken.

Ueber die Persistenz des Ductus thyreoglossus giebt Durham (211) einen ausführlichen Bericht. Er glaubt, dass wohl viele Fälle, bei denen es sich nur um eine Persistenz dieses Ganges handelt, als persistirende Kiemenfisteln, als präepiglottische Schleimdrüsen, als Kehlkopf- oder Trachealfisteln veröffentlicht worden sind. Werthvolle casuistische Beiträge hierzu geben Whitehead, Hardie, Morlin, Parkin (211) und Higgins (816), welcher über die Entwickelungsgeschichte des Ductus thyreoglossus nähere Mittheilungen giebt. — Ueber die Entstehung der epitheliomatösen Cysten des Halses entspann sich bei Gelegenheit einer Demonstration durch Bowlby (389) eine lebhafte Diskussion. B. und Shattock hielten dafür, dass diese Cysten in den Kiemenspalten enständen; Snow und Sutton dagegen waren der Meinung, dass in solchen Fällen wohl öfters an entlegener Stelle sich ein Carcinom befinden möge, auf welches diese Geschwülste zurückzuführen seien. Einen interessanten hierher-

gehörigen Fall einer multiloculären Kiemengangcyste veröffentlicht Zoeppritz (688). — Tendeloo (669) bespricht die Entstehung der Pharynxdivertikel. Die Zenker'sche Eintheilung in Traktions- und Pulsionsdivertikel ist nach des Verfassers Ansicht für den Pharynx nicht haltbar. Die im nasalen und oralen Theil des Rachens liegenden Divertikel führt T. auf embryonale Anlage zurück. Im Nasenrachenraum allerdings soll auch die Pulsion eine Rolle bei diesen Bildungen spielen. Die im Mundtheile des Rachens liegenden Divertikel stammen aus der zweiten Kiemenfurche und sind infolgedessen alle lateral gelegen. Am häufigsten finden sich die Divertikel in der Höhe des Kehlkopfes. Die Aetiologie dieser Gebilde an dieser Stelle ist zumeist dunkel. Differentialdiagnostisch werden die Pharynxdivertikel von Pharyngocelen dadurch unterschieden,, dass bei der Bildung der ersteren alle Schichten dar Pharynxwand, also auch die Muskulatur, betheiligt sind, während die Wand der letzteren nur aus Mucosa und Submucosa besteht. Ist durch langdauernde Dehnung die Muskelsubstanz atrophisch geworden, so muss die Form und Gestalt des Gebildes über seine Natur Auskunft geben. -- Rolleston (735) führt einen grossen, genau in der Medianlinie gegenüber dem Kehlkopf gelegenen und von der hinteren Wand ausgehenden Oesophagusdivertikel auf einen traumatischen Ursprung zurück.

Ueber die Wirkung, welche der Desinfektion der Mundhöhle innewohnt, hat Kunze (771) an sich selbst Untersnchungen angestellt. Er konnte die verschiedenen Desinfektionsmitel, Benzoe, Salicyl, Borsäure, Kali chloricum etc. in der gebräuchlichen Verdünnung, in welcher sie in der Mundhöhle angewendet werden, etwa zwanzig Minuten nach der Benutzung auf chemischem Wege in der Mundhöhle nachweisen. Er misst den üblichen Mundspülwässern, ebenso der mechanischen Wirkung durch das Bürsten und durch das Kauen von Speisen einen günstigen Einfluss auf die Verminderung der im Munde lebenden Mikroorganismen bei. K. empfiehlt zur Mundreinigung besonders Borsäure und Salol. – Unna (770) hat zur Pflege der Mundhöhle, speciell bei Quecksilberkuren Kali chloricum in 50procentignr Lösung mit gutem Erfolge verwendet. Auch in Form von Zahnpulver oder Zahnpasta wird dasselbe wärmstens empfohlen. — Boennecken (771) und Richardson (773) rühmen die gute Wirkung des Wasserstoffsuperoxyds. Demgegenüber ist erwähnenswerth eine Mittheilung von Park (782), der angiebt, dass alle diese Gurgelungen bei krankem Halse durchaus unzuverlässig seien; denn obgleich er mit Sublimat, Wasserstoff-Superoxyd und mit Kochsalzlösungen die Mundhöhle zu reinigen suchte, so war er doch nie im Stande, den Hals seiner Patienten aseptisch zu machen. Es war hierbei im Erfolg durchaus gleichgiltig, ob die zur Gurgelung verwandten Lösungen eine starke antiseptische Kraft besassen, oder ob harmlose Kochsalzlösungen in Anwendung kamen.

Erwähnenswerth dürfte noch eine ganz besondere Art der Simulation sein, die Semon (973) zu beobachten Gelegenheit hatte. Es handelte sich um eine 36jährige Dame, die 4 Jahre lang erfolglos die verschiedensten Aerzte consultirt hatte wegen eigenthümlicher Pharynxulcerationen, die sie sich, wie S. schliesslich constatirte, durch Aetzungen mit Höllenstein oder anderen Kaustica selbst beibrachte.

D. Diphtherie und Croup.

Die hochbedeutsamen Mittheilungen Behring's (354) über sein Diphtherie-Antitoxin und die hieran sich knüpfenden Debatten über die Brauchbarkeit desselben gaben die Veranlassung dazu, dass die ganze Frage von der Natur und dem Wesen der Diphtherie, die seit einiger Zeit zu einem gewissen Abschluss gekommen zu sein schien, wieder in lebhaftesten Fluss gebracht wurde. Und es scheint fast, als ob gerade auf diesem Gebiete der Kampf zwischen den Anschauungen der pathologisch-anatomischen Schule und denjenigen der Bacteriologen zu einer gewissen Entscheidung drängte: für die Aetiologie der Diphtherie, für ihre Pathogenese, für ihre Differentialdiagnose vom Croup, für ihre Therapie, ihre Folgezustände und unzählige Einzelfragen sind so viele neue Gesichtspunkte herangezogen worden, dass die Bacteriologen im Augenblick für ihre Ansichten an Terrain gewonnen zu haben scheinen.

Als Einleitung zu diesem Meinungsaustausch könnte man den Vortrag auffassen, den Hansemann (592) als Vertreter der bisher herrschenden, pathologisch-anatomischen Anschauungsweise, am 28. November 1894 in der Berliner medicinischen Gesellschaft hielt. H. zog zuvörderst die ätiologische Bedeutung des Klebs-Löffler'schen Bacillus für die Diphtherie in Zweifel. Seine Einwendungen gegen die bis dahin allgemein verbreitete Annahme von der specifischen Wirksamkeit dieses Bacillus waren folgende: 1. in einer grossen Anzahl von Fällen Bretonneau'scher Diphtherie ist, wie die Statistik lehrt, der Löffler'sche Bacillus nicht nachweisbar, und dort, wo er sich findet, treiben auch andere Mikroorganismen ihr Spiel; 2. die Verimpfung virulenter Diphtherie-Bacillen bei Thieren bedingt Krankheitserscheinungen, die von der typischen Diphtherie beim Menschen weit verschieden sind; 3. der hochvirulente Löffler'sche Bacillus findet sich bei einer Reihe von Erkrankungen (Rhinit. fibrin., Conjunct. fibrin., Laryngit. fibrin.), die von der genau definirten Bretonneau'schen Diphtherie sowohl in klinischer als auch in anatomischer Beziehung in wesentlichen Punkten abweichen.

In der an diesen Vortrag sich anschliessenden Discussion wurden die beiden ersten Punkte von v. Bergmann, M. Wolff, Benda u. A. widerlegt durch den Hinweis, dass in neuerer Zeit in fast allen frisch zur Untersuchung kommenden Fällen Bretonneau'scher Diphtherie, trotz der grossen technischen Schwierigkeit, die oft mit dieser Untersuchung verknüpft ist, das Vorhandensein des Klebs-Löffler'schen Bacillus nachgewiesen sei. Auch fanden die meisten Redner in den durch diesen Bacillus beim Thiere hervorgerufenen Krankheitserscheinungen — Membranbildung, Lähmungen u. s. w. — genügende Congruenzpunkte mit der menschlichen Diphtherie, um eine ausreichende Identität zwischen Thierexperiment und der Erkrankung beim Menschen sicher zu stellen. Eine weitere Widerlegung erfuhren diese von Hansemann geäusserten Bedenken in einer Arbeit von C. Fränkel (906), der die eben angezogenen Einwendungen in ausführlicher Weise begründete und in manchen Beziehungen erweiterte. Betreffs des dritten Punktes aber fand der Vortragende die gewichtige Unterstützung

Virchow's, der sich sträubte, den anatomisch wohl definirten Diphtherie-Begriff, der nicht nur für die Schleimhäute der oberen Luftwege, sondern auch für den Darmtractus (Dysenterie) und für den Genitalapparat (puerperale Formen, Blasendiphtherie) gelte, zu Gunsten des bacteriologischen Begriffes von der Diphtherie aufzugeben.

Hier setzen nun, da man die Specifität des Klebs-Löffler'schen Bacillus für vollkommen bewiesen erachtet, zahlreiche Arbeiten ein. Eine ganze Reihe von Autoren bemüht sich zu zeigen, dass die anatomischen Definitionen der membranenbildenden Erkrankungen in den oberen Luftwegen nicht mehr ausreichen, weil dieselben ätiologisch durchaus nicht gleichwerthig sind. So fanden Chaillon und Martin (714) unter 198 suspecten Fällen 30 Fälle echter diphtherischer Angina und 29 Fälle nicht-diphtherischer Angina, die durch Strepto-, Staphylo- oder Pneumokokken bedingt waren. 26 Fälle zeigten sich als Mischinfection. 85 Fälle wurden als diphtherischer und 7 Fälle als nicht-diphtherischer Croup — unter Croup werden alle mit Membranbildung einhergehenden Laryngitiden verstanden — erkannt. Endlich zeigten 7 Croup-Fälle erst im späteren Verlauf ihrer Erkrankung typische Diphtherie-Bacillen. Ebenso fanden Woodburn (473), Hudelo und Burges (507) und Detwiler (648) entzündliche Membranen, die nicht durch den Diphtherie-Bacillus, sondern durch Strepto-, Staphylo-, Pneumokokken oder auch durch Bacterium coli bedingt waren. Variot (526) hat ganz entsprechende Befunde aufzuweisen; er macht noch besonders darauf aufmerksam, dass sich nicht etwa mit einer bestimmten Aetiologie der membranösen Entzündung eine bestimmte Prognose verbinden lasse: bald verlaufe die diphtherische Angina günstig, die Streptokokken-Angina ungünstig, bald trete das umgekehrte Verhältniss ein, so dass sich in dieser Beziehung keinerlei Regel aufstellen lasse. Genersich (779) und Reiche (907) haben die sogenannten Mischinfectionen bei Diphtherie untersucht. G. fand bei mehreren dieser Fälle, die klinisch als septische Diphtherie aufgefasst werden mussten, post mortem weder in Milz, noch in Leber, Nieren oder Herz Streptokokken. Dagegen wurden diese bei anderen Fällen, die intra vitam gar nicht das Bild der septischen Diphtherie gezeigt hatten, bald in diesem, bald in jenem Organ gefunden. Es deckt sich also nach G. der Begriff der Mischinfection nicht mit der Bezeichnung „septische Diphtherie“, weshalb diese durch andere Namen, z. B. schwere toxische Diphtherie oder ähnliche ersetzt werden soll.

Ueber die Contagiosität der Pseudodiphtherie, wie sie Park (708) nennt, d. h. der nicht durch den Löffler'schen Bacillus bedingten membranösen Hals-Entzündung, sind die Autoren nicht ganz einig. Von den meisten wird sie allerdings bedingungslos zugegeben, so berichtet Kirillin (702) sogar von einer kleinen Epidemie einer fibrinösen Angina, die immer nur durch Strepto- oder Staphylokokken bedingt war. Park (708) ist der Ansicht, dass es sich wohl noch öfter um eine Autoinfection des erkrankten Individuums, als um eine Ansteckung von anderer Seite handeln dürfte. Die Gelegenheit zur Selbstinficirung ist reichlich vorhanden, da, wie die Untersuchung von Adams (644) und Park (462, 708) ergeben, in dem Halse jedes Menschen, des gesunden wie des kranken, Mikroorganismen der verschiedensten Art zu finden sind. Waren doch sogar in

1 pCt. der Bevölkerung von New-York-City vollvirulente Diphtherie-Bacillen vorhanden, wie Park (708) nachgewiesen hat. Durch den Einfluss irgend eines zufälligen Momentes — einer Erkältung, einer Infectionskrankheit — können diese Mikroorganismen, die so lange ein harmloses Dasein führten, plötzlich verderblich werden. Zu einem ähnlichen Schluss kommt Caillé (529, 584), der im unmittelbaren Anschluss an eine Tonsillotomie eine schwere Diphtherie sich entwickeln sah. Da die bei der Operation gebrauchten Instrumente auf's Sorgfältigste desinficirt worden waren, so glaubt Verf. die Erkrankung nur durch Autoinfection erklären zu können. Le Gendre (711) weist darauf hin, dass die Bildung membranöser Beläge auch ohne jede Mitwirkung von Mikroorganismen, durch rein entzündliche Processe, z. B. durch reizende Medicamente, zu Stande kommen kann.

Müssen wir somit verschiedene Arten von Membranbildungen zugestehen, die zum Theil mit dem Diphtherie-Bacillus gar nichts zu thun haben, so finden wir andererseits — was die augenblicklich herrschende Verwirrung nicht gerade mindert — durch den Klebs-Löffler'schen Bacillus hervorgerufene Schleimhaut-Entzündungen, die ohne jede Membranbildung verlaufen [Francis (234)].

Auch der Croup ist neuerdings auf Grund der systematischen Untersuchungen, die das New Yorker Gesundheitsamt angestellt hat (232), in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle als eine specifische diphtherische Erkrankung erkannt worden [Chaillon und Martin (714), Park (708)]. Nur van Baerken (781) glaubt Diphtherie und Croup dahin unterscheiden zu sollen, dass bei der Diphtherie die Toxine in's Blut gelangt, was beim Croup nicht der Fall sein soll.

Ueber die Natur und die Wirkungsweise des Diphtherie-Bacillus wurden zahlreiche Untersuchungen angestellt. Frederici (645) fand denselben ebenso wie Frosch im Blute von Diphtherie-Leichen; aus dem Blute Diphtheriekranker konnten dieselben nicht gezüchtet werden. — Ledoux-Lebard (707) sahen eine gewisse bactericide Wirkung vom Tageslicht auf Diphtherie-Culturen: concentrirtes Licht wirkte energischer als diffuses. — Wright und Emerson (777) fanden auf Nährböden, die sie mit dem Staub aus ihren Diphtherie-Pavillons, von den Kleidern und Haaren ihrer Krankenwärter beschickt hatten, nur ganz vereinzelte Herde des Löffler'schen Bacillus. Die Untersuchung der Wäsche, der Fingernägel, der Luft in den Krankensälen fiel negativ aus. Wright (778) zeigte ferner, dass die Schwere und Dauer der Erkrankung, der lange Aufenthalt der Diphtherie-Bacillen im Munde des Kranken, ohne Einfluss auf die Virulenz derselben sind. — Das Virus der Vogeldiphtherie in Tunis soll nach Loir und Ducloux (642) von demjenigen der menschlichen Diphtherie verschieden sein. Dasselbe verliert durch Erwärmen an Virulenz und kann dann als eine Art von Vaccine verwendet werden. Die Erkrankung ist contagiös, auch für den Menschen, bei dem sie aber nur eine pseudo-membranöse Angina veranlasst. Cole (711) dagegen führt einen Fall typischer, letal endigender Diphtherie auf eine Infection durch diphtheriekranke Hühner zurück. — Park (581, 708) betrachtet als typische Diphtherie-Bacillen alle diejenigen, die nach ihrem morphologischen, biologischen und färberischen Verhalten mit dem Löffler'schen Bacillus übereinstimmen. Der Grad ihrer Virulenz ist für die Artbestimmung nebensächlich. Diejenigen Bacillen, die den Diphtherie-Bacillen in gewissen Beziehungen gleichen, in anderen

von ihnen verschieden sind, sollen als Pseudodiphtherie-Bacillen bezeichnet werden. Demgemäss unterscheidet Park eine wahre Diphtherie und eine Pseudo-Diphtherie, einen wahren Croup und einen Pseudo-Croup.

Aber selbst diese Eintheilung und die die letzte Consequenz ziehenden Vorschläge von Francis (234), Phil. Med. News (29), Townsend (711), Czemetschka (784), v. Esmarch (906), welche jede durch den Löffler'schen Bacillus hervorgerufene Schleimhauterkrankung, ganz gleichgiltig, ob sie mit oder ohne Membranbildung verläuft, als Diphtherie bezeichnen, sind nicht im Stande alle Schwierigkeiten zu heben. Denn nachdem von Scheinmann (395), Abel (471), Phil. Med. News (509) u. A. bestätigt worden ist, dass durchaus locale Schleimhautentzündungen, wie die Rhinit. und Conjunctiv. fibrinosa, gelegentlich von vollvirulenten Diphtherie-Bacillen bedingt werden, sträuben sich doch eine ganze Zahl von Autoren diese klinisch und anatomisch so weit differirenden Erkrankungen als zusammengehörig zu betrachten.

Rupp (646) macht auf das Zusammentreffen von Diphtherie und Aphthen aufmerksam, durch welches eine richtige Diagnosenstellung erschwert werden kann. — Eine neue, eigenthümliche Auffassung von der Pathogenese der Diphtherie findet sich bei Mc. Mahon (293). Dieser betrachtet die Diphtherie als eine durch den Löffler'schen Bacillus hervorgerufene Erkrankung des Nv. Vagus und Glossopharyngeus, welche eine besondere Affinität zum Diphtherie-Bacillus besitzen sollen. Die Membranbildung fasst M. als einen passiven Exsudationsvorgang auf, der dadurch bedingt sei, dass an den betreffenden Stellen die Innervation der Capillaren ausfällt. Als Heilmittel soll Calomel nach M's. Ansicht eine ähnliche Affinität zu den erkrankten Stellen besitzen, wie der Löffler'sche Bacillus als krankheitserregendes Virus.

Zur Behandlung der Diphtherie werden so viele Mittel empfohlen, dass es unmöglich ist, dieselben vollzählig hier anzuführen. Ich beschränke mich darauf, folgende namhaft zu machen: Pilokarpin: Sziklai (650), Kowalsky (786); Schwefel: Fraser (411), Bäumler (411), Cuthbert (914); — Quecksilberpräparate: Pillière (649), Dale (649), Goubeau und Lulot (788), Brown (477), Northrup (872); — Pyoktanin: Höring (915); — Guajakol, als Prophylacticum, empfohlen von Solis Cohen (913); — Wasserstoffsuperoxyd, gelobt von Williams (787), verworfen von Caille (787) und White (787) wegen seiner reizenden Wirkung, die zu neuer Membranbildung führe; — Boroglycerid. composit. wird von Am Ende (789) und Chlorwasser, intern verabreicht, von Schubert (789) als Specificum gerühmt. — Mechanisches Auskratzen oder Abwischen der Membranen und nachherige Sublimatpinselungen räth Sonnenberg (786), aber Szebrny (786) und Sokolowsky (786) verwerfen diese mechanischen, reizenden Methoden, welche allzuleicht neue Eingangspforten für das Virus setzen als durchaus unraisonnabel. Park (782) ist sogar auf Grund ausgedehnter Untersuchungen der Meinung, dass Gurgelungen überhaupt nicht im Stande sind, auch nur mit annähernder Sicherheit die Mikroorganismen aus dem Halse zu entfernen. Bei seinen Versuchen hat er Sublimat, Wasserstoffsuperoxyd und einfache Kochsalzlösungen zum Gargarisma verwendet — die Wirkung des einen war ebenso unsicher wie die des anderen.

Ein Wendepunkt für die Therapie der Diphtherie soll nunmehr durch die Einführung der specifischen Diphtherie-Antitoxine gegeben sein. Zwar wird das Klebs'sche Antidiphtherin, obgleich sein Erfinder (651) noch immer von der Wirksamkeit desselben überzeugt ist und für dieselbe eintritt, von Vulpius und Zappert (295) und von Grigoriew (913) vollständig verworfen; dahingegen wird dem Behring'schen Diphtherie-Antitoxin, einem „Specificum, gewonnen aus Blutserum mit Klebs-Löffler'schen Culturen behandelter Thiere" (354) nach vielen, ernsten Discussionen und nach umfassenden Sammelforschungen von den meisten Autoren eine bedeutsame Heilkraft zugeschrieben. Allerdings wird dieses günstige Urtheil noch von mancher Seite beanstandet. Von den zahlreichen Berichten über dieses Mittel heben wir folgende hervor: Gute Erfolge wurden erzielt von Vosswinkel, Körte, Katz, Baginsky (357), Canon (357), Kossel (416), Möller (416, 588), Washburn, Goodhall, Card (718), Moizard und Perregaux (590), Roux, Martin und Chaillon (721), Park (721), Widerhofer (834, 838), Rosenfeld, Gnädinger, Paltauf, Monti, Gruber (837—844), Sigel (975, 976), v. Rauke (976), Bokai (979), Perregaux (983), Biggs (986) u. a. m. Zweifelnd, zum Theil ablehnend verhielten sich: Waibgen (358), Hansemann, Ritter (531), Kassowitz (841), Drasche (844), Sörensen (981). Kohts (975) und Purjesz (978) glauben, dass man zur Zeit noch kein endgiltiges Urtheil über das Heilserum abgeben könne. Denn selbst, wenn man zugeben wolle, dass die mit Antitoxin behandelten Fälle eine geringere Mortalität zeigten, so sei es, wie P. meint, noch durchaus nicht erwiesen, dass nicht andere Momente als die Verabreichung des Heilserums hier eine Rolle spielten. Jedenfalls sei, wie Taube (835) meint, auch bei Verabreichung des Heilserums eine locale Therapie durchaus nicht zu vernachlässigen.

Auf die Technik des Verfahrens zur Gewinnung des Diphtherie-Antitoxin beziehen sich die Arbeiten von Behring (354, 355, 356, 592), von Aronson (355, 356, 591), der eine höhere Concentration der wirksamen Bestandtheile in seinem Serum zu erzielen behauptet, von Park (986), von Roux und Martin (714) und von Klein (717); dieser giebt einen Weg an, auf welchem man das Serum in kürzeren Zwischenpausen gewinnen kann. Ehrlich und Wassermann (414) theilen die physiologisch interessante Thatsache mit, dass die specifischen Schutz- und Heilstoffe auch in die Milch geimpfter Thiere übergehen.

Ueber die Erfolge der präventiven Immunisirung und über die zu diesem Zwecke nothwendigen Mengen von Serum gehen die Meinungen der Autoren noch weit auseinander. Experimentelle Untersuchungen über diese Frage hat Cuprianow (713) angestellt. Park (721) meint, dass zur Immunisirung wesentlich geringere Dosen nothwendig seien, als zur Heilung. Variot (981) glaubt, dass der Effect der Präventivimpfung ein so kurz dauernder sei, dass man seinetwegen die immerhin mit dieser Therapie verknüpften Gefahren nicht auf sich nehmen dürfte. Auch Schroeder (976) hat keine grosse Meinung von derselben. Bokai (978) hingegen ist der Ansicht, dass die prophylactischen Impfungen, wenn man auch jetzt noch kein abschliessendes Urtheil über dieselben abgeben könne, doch sich mit der Zeit in der Praxis ebenso gut bewähren werden, wie

ie curativen Impfungen. Immerhin aber muss vor der Hand constatirt werden, ass eine Anzahl von Fällen gemeldet wird, wo die Präventivimpfung den usbruch der Erkrankung nicht zu hindern vermochte, so von Widerhofer 834) und Kassowitz (841). Goebel (834) berichtet von einem Diphtherie-Recidiv, unmittelbar nachdem die erste Erkrankung mit Serum behandelt worlen war.

Auch an üblen Nebenwirkungen hat es bei der Serumbehandlung nicht gefehlt. Eingehendere Studien über diese rühren her von Karlinsky (837) und Porteous (849). Ausserdem wurden gemeldet: Haemorrhagien und Eiterungen an den Einstichstellen von Kolisko (843), Drasche (844); Exantheme von Colla (835), Kollmann (836), Karlinsky (837), Siebert (850), Bokai (978) u. a. m.; Gelenkaffectionen von Asch, Lublinsky, Drasche (844), Hryntschak (841), Perregaux (983), Rominciano (982). — Eine lebhafte Discussion herrscht zur Zeit darüber, ob das Auftreten von Albuminurie und Haematurie, das wiederholentlich während der Verabreichung von Antitoxin gesehen wurde, [Koerte, Ritter, Drasche (844), Lennox Browne (848), Adal (976), Rominciano (982)] ursächlich auf dieses zurückzuführen sei, oder ob ein solches Zusammentreffen als ein zufälliges aufgefasst werden müsste das ebenso wie manche andere gelegentliche Schädigung innerer Organe (Herz, Leber, Milz) durch die diphtherische Erkrankung selbst bedingt sei, [Benda, Seifert (836), Kolisko (843), Biggs (985)]. Heckel (977) glaubt, dass die Peptone, die er in 4 Fällen nach Injection von Heilserum im Urin beobachtet hat, als eine physiologische Ausscheidung der im Heilserum enthaltenen Eiweisskörper aufzufassen seien.

Schwere Folgezustäude nach der Diphtherie, sowohl nach Serum- wie nach anderweitiger Behandlung, sind in grosser Zahl gemeldet. Lähmungserscheinung postdiphtheritischer Natur sahen Pressly (647), Gay (235), Hawthorne (235) u. a. m. Guthrie (783) beobachtete Lähmungen bei einem Patienten, bei dem eine Fingerwunde diphtheritischen Belag gezeigt hatte. Im Halse waren nur geringe Schmerzen ohne jede Membranbildung aufgetreten. Werthvolle Arbeiten über die Natur dieser Lähmungen stammen von Veronese (30), Stscherbak (234), Inglis (647). St. fand bei Thieren, bei welchen er experimentelle Diphtherie erzeugt hatte, Blutungen in den spinalen Meningen, in der grauen Substanz des Rückenmarks, degenerative Veränderungen in den spinalen Wurzeln. Ausserdem Entzündungserscheinungen in den Muskeln und, was er sowohl wie die anderen Autoren für das wichtigste hält, in den peripheren Nerven. Inglis (647) glaubt, dass selbst da, wo localisirte Symptome zu fehlen scheinen, noch häufig genug nutritive Störungen im Nervensystem vorliegen, wofür das häufige Fehlen der Kniephänomene spreche. Ausserdem sah I. Degenerationen der Gefässwände, auf welche er die wahren Apoplexien bei der Diphtherie zurückzuführen geneigt ist. Preisz (647) führt die allgemeinen postdiphtheritischen Lähmungen auf eine durch die Blutbahn sich verbreitende, das ganze centrale und periphere Nervensystem gleichzeitig schädigende Erkrankung zurück. Bei mehr localisirten Lähmungen nimmt er an, dass das Virus die Centren und Nerven auf dem Wege des Lymphstromes erreiche. Hasche (912) dagegen hatte in einem

Falle von ausgebreiteter postdiphtheritischer Lähmung bei seiner anatomischen Untersuchung ein durchaus negatives Resultat. Er zieht hieraus die Schlussfolgerung, dass Lähmungen durch den specifischen Keim bedingt werden können, ohne dass sich mikroskopisch hierfür eine Erklärung finden lässt, während andererseits nachweisbare Entzündungserscheinungen an Muskeln oder Nerven nicht immer Lähmungen oder ähnliche Symptome auszulösen brauchen. — Embolien werden gemeldet von Behrend (646) – Embolie der rechten Arteria foss. Sylvii aus marantischen, durch Herzschwäche entstandenen Herzthromben — und von Munn (711), der in Folge einer Embolie Gangrän eines Fusses auftreten sah. Howard (784) beobachtete eine ulceröse Endocarditis, bedingt durch Diphtheriebacillen.

E. Larynx und Trachea.

Mit der Entwickelungsgeschichte des Kehlkopfes beschäftigen sich 2 Arbeiten von Göppert, von denen die eine (238) bestimmt ist nachzuweisen, dass die Epiglottis ebenso wie die Wrisberg'schen Knorpel aus der Trennung einer ursprünglich einheitlichen Knorpelmasse entstehen, die bei niederen Säugethieren noch ihre zusammenhängende Gestalt bewahrt hat. Dieser Nachweis bildet eine Stütze für die Gegenbaur'sche Annahme, dass die Epiglottis vom 6. Visceralbogen herzuleiten sei. Des weiteren (533) zeigt G., dass nicht nur das Skelett, sondern auch die Muskeln des Kehlkopfes vom Kiemenkorb abzuleiten seien. An Amphibienlarven lässt sich nachweisen, dass der Dilatator wie der Constrictor des Larynx Beziehungen zur Pharynxmuskulatur haben: der erstere entsteht aus dem Dorsopharyngeus, der letztere aus dem Hyopharyngeus und einem Theil der Dorsopharyngeus. — Das Stimmband soll nach Reinke (853) aus zwei Abschnitten zusammengesetzt sein: aus der seiner Form nach constanten, lateral gelegenen Basis und dem medialen, beweglichen, zungenförmigen Fortsatz. Eine Linea arcuata bildet die Grenze zwischen beiden Abschnitten. — Mit den anatomischen Verhältnissen des Kehlkopfes beschäftigt sich eine Arbeit von B. Fraenkel (791), welcher darauf hinweist, dass die Wrisberg'schen Knorpel diesen Namen mit wenig Recht führen, da sie nicht von Wrisberg, sondern von Morgagni entdeckt worden sind. Der von Fr. für dieselben vorgeschlagene Name Cartilago cuneiformis wird in der neuerdings von der anatomischen Gesellschaft herausgegebenen Nomenclatur acceptirt. — P. Heymann (936) bestätigt die Befunde von Coyne und B. Fraenkel, nach denen das normale Stimmband Leisten und Papillen trägt. — Die Anatomie des Prolapsus ventriculi Morgagni ist von B. Fraenkel (423) aufs genaueste mikroskopisch untersucht worden. Hierbei zeigte sich, dass es sich in diesen Fällen nicht um eine Umstülpung der Schleimhaut, sondern um eine Hyperplasie des Bindegewebes an der lateralen Ventrikelwand und der oberen Stimmbandfläche handelt. Demgemäss würde der fragliche Process nicht mehr als Prolaps, sondern als eine hyperplasirende Entzündung aufzufassen sei. Diese Schlussfolgerung wird von Chiari (855) auf Grund klinischer und mikroskopischer Untersuchungen vollauf bestätigt

und es lassen sich mit derselben die Heilerfolge, die man durch Zerstörung des Schleimhautwulstes mittelst des Galvanokauters erreicht hat — Jones (792) — wohl in Einklang bringen.

Eingehende klinische Untersuchungen über Störungen der Stimme hat Brasch (661) angestellt. Auf die Beziehungen des Gehirns zur Sprache beziehen sich die Arbeiten von Oltuszewsky (661) und Ferrand (661). — Das Stottern wird nach Heymann (662) in Uebereinstimmung mit Bernhardt darauf zurückgeführt, dass der Patient die krankhafte Vorstellung habe, er könne nicht geläufig sprechen. Demgemäss wird der Sitz des Leidens in die Grosshirnrinde zwischen Begriffs- und Sprachcentrum verlegt. — Gutzmann und Liebmann (994) haben mittelst des Marey'schen Schreibhebels Athmungscurven bei 50 Stotternden aufgenommen, die eine grosse Unregelmässigkeit in der Athmung bei diesen Kranken erkennen lassen. — Als typisches Symptom für das Stottern, durch welches eine eventuelle Simulation entdeckt werden kann, bezeichnet Coën (995) Zuckungen in der Zwerchfellsgegend in der Zeit des Nichtsprechens. — Coën (663) nimmt eine Hörstummheit (Alalia idiopathica) an, als deren Grund er eine mangelhafte Entwicklung des Centrums für die Coordination der Lautbewegungen zu den Worten oder eine Hemmung der centrifugalen Leitungsbahnen ansieht. — Die Arbeitsleistung des Kehlkopfes und die Athmungsverhältnisse der Lunge beim Singen werden erörtert von Poyet (661) und Smith (661). — Das Falsett soll nach Palmer (660) durch denselben Mechanismus gebildet werden wie die Stimme, dasselbe soll vertieft werden können bis es wie Kopfstimme klingt und die Kopfstimme soll nach abwärts geführt werden können, bis sie der Bruststimme ähnelt.

Als ein fernerer Beitrag für die Ersatzerscheinungen im Organismus darf neben den bereits bekannten älteren Fällen die Beobachtung von Allen und Solis Cohen (368, 369) gelten, welche bei einem Patienten, dem der Kehlkopf vollständig exstirpirt war, die Regeneration einer ganz leidlichen Stimme beobachteten.

Ueber die Function der Kehlkopfmuskeln liegen mehrere Mittheilungen von Neumann vor. Dieser sah (126), wogegen allerdings Onodi (ib.) Widerspruch erhebt, bei jeder Phonation eine Abwärtsbewegung des Stimmbänder. Die bei der Athmung, auch nach Durchneidung der Recurrentes und Vagi, erfolgenden rhythmischen Stimmbandbewegungen führt er auf die Thätigkeit der Schlundschnürer und nicht auf diejenige der Mm. crico-thyreoidei zurück. Diese Muskeln haben seiner Meinung nach (535, 536) die Bestimmung, den Ringknorpel zu heben, nicht aber den Schildknorpel nach unten zu ziehen. Des ferneren kam er bei seinen Untersuchungen über die Spannungskräfte der Stimmbänder zu folgenden Ergebnissen: Excidirt man den M. crico-thyreoideus auf einer Seite, so entsteht zwar Heiserkeit, das Stimmband wird aber immer noch gut gespannt. Auch nach Durchschneidung des gleichseitigen Recurrens bleibt diese Spannung noch erhalten; dieselbe geht aber sofort verloren, wenn auch der entsprechende Muskel der anderen Seite durchschnitten wird. Nach einseitiger Durchschneidung des M. crico-thyreoideus war die inspiratorische Auswärtsbewegung des betreffenden Stimmbandes eine weit grössere, als die des anderen. Spann- und Adductions-

apparat ergänzen sich in der Weise, dass bei Intention der einen Bewegung eine solche der anderen eintritt. Reizung des M. crico-arytaenoideus pos. bewirkt während der Eröffnung der Glottis eine Entfernung des Ringknorpels vom Schildknorpel. Nach Onodi (501), der sich mit diesen Auseinandersetzungen verschiedentlich im Widerspruch befindet, nähert der M. crico-thyreoideus die Stimmbänder um 2 mm der Mittellinie; er bewirkt die Verengerung der Stimmritze bis auf 1,2 mm. Betreffs der Innervation dieses Muskels gesteht Katzenstein (536) den von Exner angegebenen Nv. pharyngeus med. für Kaninchen zu, leugnet denselben aber für Katze, Hund und Affen. Achnliche Ansichten über diesen Nerven äussert Onodi (49, 128) in einer ausführlichen Arbeit, welche sich mit dem nervösen Apparat des Kehlkopfes beschäftigt. Er fand beim Hunde im Grenzstrang des Sympathicus zwischen unterstem Hals- und oberstem Brustganglion, sowie in den Rami communicantes zwischen Plexus brachialis und Sympathicus Fasern, die sich an der Innervation des Kehlkopfes betheiligen. Den Stamm des Recurrens konnte er, wie das auch später Risien Russel in ähnlicher Weise geschah, in 3—5 Fasern zerlegen, deren isolirte Reizung eine auf die einzelnen Muskeln isolirte Wirkung hervorrief. Die Jelenffy'sche Hypothese, nach welcher dem Posticus auch eine fixirende Wirkung zukomme, glaubt O. ablehnen zu müssen. Die Medianstellung der Stimmbänder, die von dee Thätigkeit des M. crico-thyreoideus abhängig ist, sah O. bei intacten Luftwegen auch nach Durchschneidung des Recurrens. Wurde die Trachea geöffnet, so blieb die Medianstellung aus; hieraus folgert O., dass dieselbe aus der Thätigkeit des genannten Muskels und der Wirkung des Luftdruckes resultire. In der Streitfrage zwischen Semon und Krause (Posticuslähmung oder Adductorencontractur) steht O. auf Semon's Seite; ebenso Permerwan (657), Toti (…). Trifiletti (56) hat ebenso wie Krause nach Durchschneidung des Recurrens bei Reizung des centralen Endes Bewegungen des gleichseitigen Stimmbandes erzielt, wogegen bereits früher von Burger Widerspruch erhoben worden ist. Cagney (363) sucht die grössere Vulnerabilität der Abductorenfasern in der Weise zu erklären, dass er annimmt, der Abductorenkern in der Medulla stände nicht, wie die Verengerer mit einem corticalen Kern in Verbindung. Semon aber hält diese Hypothese unter Berufung auf den peripheren specifischen Einfluss des Aethers auf die Abductorenmuskeln nicht für ausreichend zur Klärung dieser Frage. -- Die motorischen Fasern des Recurrens nehmen nach Onodi (377) ihren Ursprung nicht aus dem Accessoriuskern: Ausreissen des N. accessor., Durchschneidung des spinalen Astes, elektrische Reizung desselben beim Kaninchen liessen keine Einwirkung auf den Larynx erkennen. Zu denselben Resultaten kamen Grabower (610, 796), der durch Serienschnitte an Rückenmark und Medulla oblongata feststellte, dass der Accessorius- und Vaguskern räumlich so weit von einander getrennt liegen, dass jede Beziehung zwischen beiden ausgeschlossen ist, und Grossmann, Rethi (378). Dahingegen nehmen Gerhard (361), Scheinmann (362), Schlodtmann (657), Weintraud (6..) auf Grund klinischer Beobachtungen an — die vom Accessorius versorgten Nackenmuskeln zeigten gleichzeitig mit den Larynxmuskeln Lähmungserscheinungen — dass die motorischen Recurrensfasern vom Accessoriuskern herrührten.

Casuistische Beiträge für die Recurrens-Lähmung lieferten: Bowlby (747), Spicer (752), E. Mayer (797), Grossmann (797), Papinio (129). - Roemisch (992) hat seine Aufmerksamkeit auf das Verhalten der Epiglottis und der Aryknorpel bei einseitigen Recurrensparalysen gerichtet. Er fand, dass bei der Epiglottis schon in der Ruhe und noch häufiger bei der Phonation sich Abweichungen gegen die Norm zeigen. Die Verschiedenartigkeit der beobachteten Erscheinungen versucht R. durch die Annahme zu erklären, dass bei den einzelnen Individuen die nervöse Versorgung der Epiglottis keine gleichmässige sei. Die Zuckungen der Aryknorpel der gelähmten Seite sah R. 1. bei der Phonation, 2. bei tiefer Inspiration, 3. in dem Augenblick, in dem die Stimmbänder nach der Phonation die Inspirationsstellung wieder erreicht haben. Die erstgenannten Bewegungen fasst R. als active auf, die unter No. 2 und 3 besprochenen Zuckungen scheinen dem Verf. passiver, rein mechanischer Natur zu sein. — Den genaueren Verlauf des Recurrens mit besonderer Berücksichtigung seiner Lagebeziehungen zur Art. thyreoid. inf. besprechen Jaboulay und Villard (125).

In seiner Arbeit über das Phonationscentrum im Gehirn hat Klemperer (936, 993) die früheren Angaben von Krause, Semon und Horsley, Onodi (einseitige Reizung eines umschriebenen Gebietes am Fusse des Gyrus praefrontalis erzeugt doppelseitige Stimmbandadduction), vollauf bestätigt. Die Masini'sche Behauptung (Reizung des Krause'schen Centrums mit schwachen Strömen bewirkt nur eine Adductionsbewegung des gegenüberliegenden Stimmbandes) wurde von Kl., ebenso wie früher von Semon und Horsley, von Onodi und Toti bestritten. Die für die Klinik bedeutsame Frage, ob die Schädigung einer oder beider corticaler Centren eine Kehlkopflähmung auszulösen im Stande sei, wird vom Verf. wieder gemäss der von Semon vertretenen Auffassung beantwortet: weder durch die Abtragung dieser Partien, noch durch experimentelle Erzeugung von Abscessen in denselben konnten jemals Lähmungserscheinungen im Kehlkopf hervorgerufen werden. Eine weitere Stütze für diese Annahme gab die Section eines Patienten aus dem Beobachtungsmaterial von Pitt (128). Auf Grund dieser Ergebnisse hält Kl. das corticale Centrum nicht für analog mit den sonstigen motorischen Centren. Die physiologische Bedeutung desselben erscheint ihm noch ungewiss, zumal da er Veränderungen oder gar den Verlust der Stimme, den Krause nach doppelseitiger Exstirpation dieses Centrums beobachtet hat, nicht constatiren konnte. Gegenüber der Behauptung Onodi's, dass die Thiere nach Ausschaltung eines von diesem näher bezeichneten, hinter den Corpora quadrigemina gelegenen Phonationsgebietes ihre Stimme verlören, betont Kl., dass auch nach der queren Durchschneidung dieser Partie, wie ihn der positive Ausfall eines derartigen Versuches belehrt habe, die Stimmbildung noch möglich sei. Onodi (993) dagegen hält die Klemperer'sche Angabe nicht für beweisend, weil derselbe nicht, wie er verlangt habe, das ganze Phonationsgebiet ausgeschaltet habe. Grawitz (659) schloss aus der klinischen Beobachtung halbseitiger Athmungsstörungen bei cerebraler Hemiplegie und den diesbezüglichen Sectionsbefunden, dass der Ursprung der Athmungsstörung im Gehirn zu suchen sei, und dass von hier aus die zur Medulla laufenden Bahnen sehr nahe bei den von den Rindencentren zu den Extremitäten führenden Bahnen liegen müssen.

Porcher (125) berichtet über zwei Fälle von Chorea laryngis, bei denen die Anfälle reflectorisch von der Nase oder vom Rachen her ausgelöst werden konnten. Durch Localbehandlung der betreffenden Organe wurden beide Fälle geheilt. Eine ausführliche Abhandlung über den Ictus laryngis lieferten Garel und Collet (655). Nach ihnen besteht zwischen dieser Affection und der typischen Epilepsie keinerlei Zusammenhang. — Ueber die Kehlkopferscheinungen bei Tabes hat Schlesinger (658) eine ausführliche Arbeit geliefert. Er unterscheidet a) Lähmungen, b) fehlerhafte Innervation, c) Reizzustände. Sorgsame mikroskopische Untersuchung eines Falles ergab zwar keine Veränderungen im Kerngebiet der Nn. vagi und accessorii, dahingegen fanden sich in den peripheren Nerven Degenerationserscheinungen. Die Mm. laterales und postici, besonders die letzteren, waren atrophisch. Schl. ist deshalb geneigt, die Lähmungen der Postici und die Larynxkrisen auf die Erkrankung der Recurrentes zurückzuführen. In einem Falle, in dem Schl. Tabes durch Ictus laryngis complicirt sah, war so bedeutende Cyanose vorhanden, dass er dieses Leiden nach Schrötter's Vorgang auf Circulationsstörungen beziehen zu müssen glaubte. Mendel (797) macht darauf aufmerksam, dass tabetische Lähmungen gelegentlich zurückgehen und von einem Nervenast zum andern überspringen können. Permewan (878) betont die nahen Beziehungen zwischen Tabes und Paralysis progressiva, bei welcher sich häufig analoge Erscheinungen seitens der Halsorgane einstellten. Magnan (705) und Courmont (525 und 705) beobachteten bei der Tabes Pharynxkrisen, gegen welche sie therapeutisch die Suspension warm empfehlen. — Die hysterischen Motilitätsstörungen des Kehlkopfes werden im Zusammenhange behandelt von Treupel (738). Ein Todesfall, den Leo (360) durch Glottiskrampf bei Hysteria virilis beobachtet haben will, ist, da die laryngoskopische Untersuchung intra vitam mangelte, nicht ganz einwandfrei. Auf die funktionelle paralytische Aphonie beim Manne bezieht sich eine Arbeit von Burghart (126). — Die Differentialdiagnose zwischen Aphasie im Kindesalter einerseits und Idiotismus und Taubstummheit andererseits wird von Treitel (127) erörtert. Wyllie (127) bespricht die Beziehungen der Aphasie zu organischen Gehirnkrankheiten. — Einige interessante Fälle, in denen sich auf Grund trophoneurotischer Processe Geschwürsbildung einstellte, werden mitgetheilt von Giraudeau (453) und Westbrook (466). Bei dem ersteren handelt es sich um bulbäre Tabes, und die Geschwüre sassen an der Nase und in den Ohren: bei bei dem Letzteren lag multiple Neuritis vor; die Ulcerationen befanden sich im Rachen.

Für die local entzündlichen Erkrankungen des Halses ist von hohem Interesse das Ergebniss einer ausgedehnten Untersuchung, die Park (462) angestellt hat. Derselbe fand im Halse gesunder Individuen reichlich Strepto- und Staphylococcen; die letzteren fehlten allerdings bei der Landbevölkerung. Seiner Ansicht nach ist die Gegenwart dieser Mikroorganismen für gewöhnlich belanglos, nur bei gewissen Witterungsverhältnissen können dieselben eine active Thätigkeit entfalten. Aehnliche Anschauungen äussert Kuh (12), der auf Grund seiner klinischen Beobachtungen annimmt, dass die acut entzündlichen Schleimhauterkrankungen der oberen Luftwege als bacterielle Inhalationserkrankungen

aufgefasst werden müssen. Halak (577) ist der Ansicht, dass es sich bei solchen entzündlichen Erkrankungen häufig um eine Autoinfection, von cariösen Zähnen ausgehend, handele.

Der Zusammenhang des Kehlkopfes mit den Genitalorganen der Frau wird von Steward (240) und Albespy (653) besprochen. Nach A. muss es vorläufig dahingestellt bleiben, ob diese Wechselbeziehungen zwischen beiden Organen als rein nervöse aufzufassen seien, oder ob es sich um passive congestionäre Hyperämien handelt. Auch eine congestionäre Vergrösserung der Schilddrüse und durch diese ein Druck auf die Recurrentes scheint dem Verf. nicht ausgeschlossen. — Die sensorischen Neurosen der Halsorgane im Climacterium, als da sind Parästhesie, Neuralgie und Anästhesie, werden einer eingehenden Erörterung unterzogen von F. Semon (974). — Strelnikow (755) hat Untersuchungen angestellt über die Schleimbildung bei Katarrhen in den oberen Luftwegen. Er fand bei eitrigen Entzündungen öfters Oedem der Schleimhaut und Infiltration derselben mit Leukocyten vor; bei den schleimigen Katarrhen hingegen constatirte er eine Vermehrung der Becherzellen, deren Provenienz und chemische Qualitäten des näheren besprochen werden. Simonin (239) tritt von Neuem für das Auftreten katarrhalischer Geschwüre an den Stimmbändern ein. — Moure (660) glaubt die Beobachtung gemacht zu haben, dass die Ovariotomie bei jungen Frauen deren Stimme zu vertiefen im Stande sei.

Lacoarret (595) giebt an, dass die Laryngitis chronica sicca durch Entzündung und Atrophie der Schleimhaut charakterisirt sei, wobei die Eintrocknung eines dicken, zähen Secretes eine wesentliche Rolle spiele. Freudenthal (723) ist geneigt, diese Form der Larynxerkrankung für identisch zu halten mit der Stoerk'schen Blennorrhoe. — Die hyperplasirende hypoglottische Kehlkopfentzündung wurde des Genaueren studirt von Sokolowsky (51, 792), der eingehende Untersuchungen über die anatomischen Verhältnisse dieses Processes angestellt hat. Zur Behandlung empfiehlt er die Laryngotomie mit Entfernung des hyperplastischen Gewebes. Einen klinischen Zusammenhang mit Stoerk'scher Blennorrhoe konnte Verf. in seinen Fällen nicht finden. Eine auffallende ätiologische Rolle spielte nach S. für diese Affection der Typhus.

Eine Reihe von Affectionen, die bisher gewöhnlich unter den Bezeichnungen Larynxödem, Larynxphlegmone, Erysipel, Angina Ludovici u. A. m. als besondere Erkrankungsform behandelt wurden, versucht man neuerdings von einem umfassenderen Gesichtspunkt aus als zusammengehörig zu erweisen. A. Kuttner (554) hat die klinischen, bakteriologischen und pathologisch-anatomischen Verhältnisse der genannten Erkrankungsformen studirt und schlägt auf Grund seiner Untersuchungen vor, die nicht entzündlichen, rein serösen Durchtränkungen der Kehlkopfschleimhaut allein mit dem Namen des Larynxödem zu belegen. All' die anderen oben genannten Affectionen, die als entzündliche Erkrankungen aufzufassen sind, will er als verschiedene Abstufungen eines seinem Wesen nach einheitlichen Processes unter dem Namen der Laryngitis submucosa zusammengefasst wissen. Diese letzteren sind dann nochmals, je nachdem sie durch Infection oder durch andere Ursachen enstanden sind, zu scheiden. Einen ganz entsprechenden Standpunkt vertritt Semon (970) in einer

Arbeit, welche sich ganz speciell mit denjenigen der oben genannten Affectionen beschäftigt, die als infectiöse aufzufassen sind: Oedem, Erysipel, Phlegmone, Angina Ludovici bedeuten für S. die Skala eines seiner Art nach einheitlichen Processes. An einer ganzen Reihe von Krankenberichten zeigt der Verf., wie diese Affectionen gleich einer Stufenleiter sich von der leichtesten bis zur schwersten Form neben- und auseinander entwickeln. Bei der dieser Auseinandersetzung folgenden Discussion erklärte ein Theil der Redner sich mit der geschilderten Auffassung einverstanden, während mehrere andere Sprecher die pathologische Identität dieser Affectionen, wie sie S. genannt hatte, nicht zugeben wollten, da dieselben, wie der Verf. selbst gesagt hätte, durch die verschiedensten Mikroorganismen bedingt würden. Aehnliche Anschauungen wie die von Kuttner und Semon geäusserten, finden sich bei Lunin (417) und Rauchfuss (418). Phocas (505) verwirft die Bezeichnung Angina Ludovici, da es sich nicht um eine Angina, sondern um eine Phlegmone handelt. Auch Barjou (595) glaubt, dass alle acuten primären Kehlkopfödeme infectiösen Ursprungs seien. Dieselben treten nach ihm in zwei prognostisch wesentlich von einander verschiedenen Formen auf, nämlich als seröse und als phlegmonöse Oedeme. Aehnliche Anschauungen äussert Dudefoy (35), welcher die Laryngitis phlegmonosa als eine besondere Gruppe der infectiös-ödematösen Laryngitis betrachtet. — Brousses und Brault (61) nehmen eine besondere Art der Halsphlegmone an, die vom sogenannten Recessus glosso-thyreo-epiglotticus ausgehen und empfehlen für dieselbe die Laryngotomia thyreo-hyoidea und in späteren Stadien tiefe Medianincision bis unter die Zungenbasis. Casuistische Beiträge für diese Frage lieferten: Ferreri (241) — Larynxabscess —, Widal (288) — Angina phlegmonosa, bei welcher sich das Bacterium coli in fast vollkommener Reincultur fand —, Taylor (419), Pryor (419), Barjou (420), Stover (517) und Poulton (816) — Angina Ludovici —, v. Stein (518) und Sikkel (900) — infectiöse Pharynxphlegmone. — Landgraf (866) und Law (868) berichten über mehrere Fälle angio-neurotischen Oedems. Landgraf discutirt die verschiedenen Erklärungsversuche, welche man für diese Erkrankungsform in's Feld geführt hat; sie alle scheinen ihm das Wesen der Sache nicht genügend zu erklären.

Das Urtheil über die Behandlung der Kehlkopfphthise mittelst Curette und Milchsäure scheint, wie die Verhandlungen des Congresses zu Rom (53) gezeigt haben, trotz hier und da laut gewordener Einwendungen ein mehr einmüthiges, die Indicationsstellung eine präcisere werden zu wollen. Günstig sprachen sich über dieselbe aus Semon (36), Heryng (37, 243, 244, 724, 725), Hélary (37), Symonds (753), Bergengrün (793), Gouguenheim (53, 724). Garel (45) glaubt mit Milchsäurelösungen von 20—28 pCt. auskommen zu können. Lennox Browne (245) hat ebenfalls günstige Erfolge von dieser Therapie gesehen, verhält sich aber gegenüber den Berichten von vielen Heilerfolgen etwas skeptisch. Merrick (325) konnte mit Milchsäure keine besonderen Erfolge erzielen. Lermoyez (596) empfiehlt nur für diejenigen Fälle das chirurgische Verfahren, bei denen die Lungen noch in gutem Zustand sind. Wright (597) meint, um ein überzeugter Anhänger der chirurgischen Behandlung

der Larynxphthise zu werden, die sich unter zehn Versuchen durch neun Misserfolge nicht abschrecken lässt, müsse man sich wohl durch ausgedehnte eigene Versuche von den Erfolgen und Misserfolgen dieser Behandlungsmethode ein Urtheil zu verschaffen suchen. — Erwin (597) hat sieben Fälle von Larynxtuberkulose mit Tuberkulin behandelt und in drei Fällen vollkommene Heilung erzielt. Ueber die Spontanheilung der Larynxtuberkulose finden sich Mittheilungen von Heryng (724), Beale und M'Bride (753). — Chappel (918) empfiehlt Creosot zur localen Pinselung und submucösen Injection. Fyffe (689) hat über die Wirksamkeit des Creosots bei Tuberkulose genauere Untersuchungen angestellt. Er fand, dass die Virulenz des Sputums Tuberkulöser nicht verändert wurde, sobald das Creosot in Form von Inhalationen gebraucht wurde, wohingegen bei Verabreichung per os der Grad der Virulenz wesentlich herabgesetzt wurde. Directe Injectionen von Creosot bei Meerschweinchen nach vorher vorgenommener Einverleibung virulenter Tuberkelbacillen sollen einen hemmenden Einfluss auf die Weiterentwickelung derselben ausüben. Zur Localbehandlung in Form von Einreibungen oder Injectionen werden ferner empfohlen Ortho- und Para-Chlorphenol von Simanowsky (567, 889). - Die Versuche Heryng's (54), die tuberkulös erkrankte Lunge direct durch Flüssigkeitsinjection zu behandeln, haben bisher noch zu keinerlei brauchbaren Resultaten geführt. — Ueber tuberkulöse Larynxtumoren berichten Panzer (856) und Clark (917). In zwei Fällen, die P. zu beobachten Gelegenheit hatte, wurde die tuberkulöse Natur derselben erst nach der Entfernung der Tumoren durch die mikroskopische Untersuchung erkannt. Vorher hatten dieselben einen durchaus harmlosen Eindruck gemacht. — Lake (917) fand im intacten Epithel niemals Tuberkelbacillen, wohl aber Mikrokokken. Er macht diese für die Entstehung von Ulcerationen verantwortlich. Die Infection mit Tuberkelbacillen betrachtet er als Secundärerscheinung. Cuvillier (124) bespricht die Differentialdiagnose zwischen Lungentuberkulose, Syphilis, Carcinom und anderen Neubildungen.

Ueber die Pachydermia laryngis sind von B. Fränkel und Chiari (48, 49, 793) ausführliche, sich gegenseitig ergänzende Mittheilungen erschienen, in denen der eine mehr die klinische, der andere mehr die pathologisch-anatomische Seite dieser Affection behandelt. Die klinische Geschichte derselben wird in ausführlicher Weise besprochen von Schmidt (596) und Sturmann (738). — Raugé (595), der die Virchow'sche Beschreibung als durchaus massgebend anerkennt, verwirft die Bezeichnung Pachydermie als unpassend und gradezu Verwirrung stiftend. Bronner und Milligan (617) kommen bei Gelegenheit einer Demonstration auf den Zusammenhang zwischen Pachydermie und Perichondritis zu sprechen. Semon äusserte sich bei der an diese Demonstration sich anschliessenden Discussion dahin, dass die sogenannte Perichondritis bei der Pachydermie seiner Meinung nach wohl öfters nichts weiter sei als die Folge operativer Eingriffe, die S. noch dazu in den meisten Fällen für überflüssig hält. Tilley (871) beobachtete einen typischen Fall von Pachydermie bei einer Frau, bei der allerdings nachgewiesenermassen das von Virchow hervorgehobene ätiologische Moment starken Biertrinkens in vollem Maasse zutraf. — Zu dem Krause'schen Vorschlage (421), chronische Laryngitiden, die sonst jeder Behandlung trotzen,

mit Scarification der Stimmbänder zu behandeln, bemerkt Wright (598), dass diese Methode wohl nur in wenigen besonderen Fällen nutzbringend sein dürfte, da es sich doch zumeist nicht um eine Erkrankung der Stimmbänder allein, sondern der ganzen Larynxschleimhaut handele, die seiner Meinung nach, abgesehen von den durch constitutionelle oder durch besondere Organschädigungen hervorgerufenen Affectionen zumeist auf Deformitäten oder Krankheitszuständen der Nasen- und Rachenhöhle zurückzuführen sei. — Von Gordon, Sharp, Bronner (276), Campbell (567), Thomas (808) werden gegen die verschiedensten Affectionen der Athmungsorgane intralaryngeale und intratracheale Injectionen von Menthol, Guajakol, Europhen u. s. w. warm empfohlen (nach dem Vorgange Rosenberg's und Stewarts). Williams, Fowler, Bruce (567) sprechen sich indessen über die Erfolge dieser Therapie nur in sehr reservirter Weise aus.

Die syphilitischen Erkrankungen des Kehlkopfes werden besprochen in der zusammenfassenden Abhandlung von Gerber (398), die sich mit den syphilitischen Erscheinungen in allen Theilen der oberen Luftwege beschäftigt. P. Heymann (379) erörtert die Verwachsungen syphilitischen Ursprunges in Rachen und Kehlkopf, ebenso Chase, Vansant, Garel (521), Lichtwitz, Schadle (639). Histologische Details über die syphilitischen Schleimhauterkrankungen berichtet Lilienstein (506). — Sokolowsky (38) sah Syphilis tarda hereditaria auftreten bei einem fünfzehnjährigen Mädchen. — Botey (56) berichtet von mehreren syphilitischen Kehlkopflähmungen, die unter specifischer Behandlung schnell zurückgingen. — Koschier (482) erwähnt eine seltene Erkrankung der Rachen- und Kehlkopfschleimhaut; in drei Fällen von Lordose der Halswirbelsäule fand er Druckgeschwüre an der hinteren Rachenwand und an der gegenüberliegenden hinteren Fläche der Ringknorpelplatte, die eine Nekrose des Knorpels selbst veranlasst hatte. Oedeme und Stenose des Kehlkopfes zeigten sich als Begleiterscheinungen.

Bei dem Kapitel der Kehlkopftumoren ist von Chiari (52, 536) von Neuem die Frage angeregt worden, ob durch entzündliche Reizung entstandene Hyperplasien irgend eines Gewebes als Tumoren aufzufassen seien. Er selbst hält, ebenso wie Lagrand (47) die Stimmbandpolypen für Bildungen rein entzündlichen Ursprunges, und da dieselben nach seinen Untersuchungen sämmtliche Schichten des Muttergewebes erkennen lassen, so wünscht er, dass dieselben fernerhin nicht mehr als eigentliche Geschwülste, sondern nur als entzündliche Hyperplasien betrachtet werden mögen. Auch die Sängerknötchen sind nach Page (183) lokal entzündliche Hypertrophien, welche die verschiedenen Elemente der Stimmbandschleimhaut erkennen lassen. Die cystischen Räume in denselben sind theils erweiterte Blut- oder Lymphgefässe, theils dilatirte Drüsen. Knight (678) ist der Ansicht, dass diese Knötchen sehr häufig einer Ueberanstrengung oder einer falschen Methodik ihren Ursprung verdanken. Er sah von Ruhe und milden Adstringentien in der überwiegenden Zahl seiner Fälle einen genügenden Erfolg, so dass er nur selten zu chirurgischen Maassnahmen zu schreiten brauchte. Auch French (678) hält chirurgische Eingriffe nur in seltenen Fällen für indicirt, wohingegen Gleitsmann nnd Langmaid (678) glauben, dass Galvanokauter und schneidende Instrumente bei vorsichtigem Ge-

brauch durchaus keine Schädigung der Stimme zu bedingen brauchten. Massei (50) rühmt zur Behandlung der Sängerknötchen gerade so wie bei chronischer Laryngitis Insufflationen von 2pCt. Milchsäure. — Zu der Frage von dem Wachsthum entzündlicher Papillome giebt F. Lange (23) auf Grund umfangreicher Beobachtungen folgende Mittheilung: „Zuerst verdickt sich das Epithel, dann hebt es sich unter gleichzeitiger Wucherung von Bindegewebe und Gefässen zu einer halbkugeligen oder wallartigen Falte empor. In das junge Epithellager hinein wachsen Capillarschlingen und bilden je eine junge Papille, deren weiteres Wachsthum unter Bildung von Bindegewebe und Gefässen vor sich geht.“ Die Vertiefungen innerhalb einer Papille entstehen nach L.'s Ansichten dadurch, dass der aus älteren, spröden Zellen bestehende Epithelstreifen zwischen zwei Papillen im Wachsthum etwas zurückbleibt und gelegentlich einreisst. Diese Thäler werden dann verbreitert durch die Abstossung des alten Epithels und später durch weiteres Wachsthum der benachbarten Papillen und ihrer Epithelmäntel noch vertieft. Den Leucocyten im Epithel entzündlicher Papillen kommt nach L.'s Auffassung entweder die Aufgabe zu, funktionsunfähig gewordene Epithelzellen wegzuschaffen, oder sie bilden rein entzündliche reactive Erscheinungen, die durch das Eindringen von Bacterien an der Oberfläche bedingt werden. Nach Werner (424) hingegen bildet das subepitheliale Bindegewebe den Ausgangspunkt für die Entstehung der Papillen, und je nach der Wachsthumsenergie betheiligt sich das Epithel mehr oder weniger an dem Process. Die Veränderungen des Epithels sind nach ihm nur quantitativer, nicht qualitativer Natur. Casuistische Beiträge liefern Barajas, Hutton (726). — Interessante Mittheilungen über auffallende Gefässtumoren bringen Juffinger und Koschier (855); in dem einen Falle handelte es sich um mächtige varicöse Venen auf der Plica ary-epiglottica, die bei der Athmung in das Larynxlumen hineinhingen; in dem andern Fall um ein cavernöses Lymphangiom. — Mushold (609) zeigte einen Tumor, der, aus den Morgagnischen Ventrikeln herauskommend, fast das ganze Larynxlumen ausfüllte. Bei jeder Phonation blähte sich die ary-epiglottische Falte auf. — Ueber Laryngocele berichtet Beausoleil (746), über Lepra Bergengrün (599, 794). — Mit dem Sclerom beschäftigt sich eine ausführliche Monographie von Stepanow (157), in welcher die Literatur dieser Krankheit, ihre Symptomatologie, ihre pathologische Anatomie, ihr Verlauf und vor Allem ihre Aetiologie auf's Sorgsamste besprochen werden. St. hat Sclerombacillen in die vordere Augenkammer von Kaninchen geimpft. Von 64 diesbezüglichen Versuchen sind nur in zwei Fällen einwandsfreie Resultate erzielt worden. Aber auch in diesen beiden Fällen waren die durch die Impfung erzeugten Krankheitserscheinungen nicht demjenigen Bilde congruent, das wir als Sclerom der oberen Luftwege zu bezeichnen pflegen. Trotzdem ist St. davon überzeugt, dass das Sclerom durch den als Sclerombacillus bezeichneten Mikroorganismus bedingt wird. Diesem und nicht einem anatomischen Gewebe fällt seiner Ansicht nach beim Entstehen dieses Leidens die Hauptrolle zu. Die geringe Virulenz dieses Bacillus, die ja auch durch klinische Beobachtung sicher gestellt ist, ist nach St.'s Meinung für den geringen Erfolg der Impfung verantwortlich. Die Störk'sche Blenorrhoe ist nach seiner Meinung (566), ebenso wie nach der Juffinger's in den meisten Fällen identisch mit

dem Sclerom. Casuistische Beiträge liefern Secretan (698), Castex, Kaiser, Sclifosowski, Baurowicz (699). Pawlowsky (457) hat nach Analogie des Tuberculins ein Rhinosclerin dargestellt, mit welchem er nach seiner Angabe in zwei Fällen das Fortschreiten des Leidens verhindert habe. — Für die Möglichkeit des Ueberganges gutartiger Tumoren in bösartige im Sinne der Lennox Browne'schen Theorie tritt Phelps (191) an der Hand eines von ihm beobachteten Falles ein, dessen Beweisfähigkeit von der Redaction des „Centralblattes“ lebhaft angefochten wird.

Toti (189) hat das von Semon angegebene differentialdiagnostisch wichtige Moment für das beginnende Stimmbandcarcinom (Unbeweglichkeit oder Trägheit des betreffenden Stimmbandes), in drei Fällen bestätigen können. In einem Fall, den er histologisch zu untersuchen Gelegenheit hatte, fand er die Fasern des M. thyreo-arytaenoideus von Krebsnestern und -Zellen durchsetzt. Das Crico-arytaenoidgelenk war frei. — Baumgarten (84) hält jede auf entzündlicher Basis auftretende submucöse Erhebung oder Schwellung der Stimmbänder bei alten Leuten für carcinomverdächtig. — Grayson (191) sah bei einem Patienten, der an Kehlkopfcarcinom litt, ein Epitheliom der Lippe entstehen. Er erörtert den eventuellen Zusammenhang zwischen beiden Tumoren. — Szmuilow (425) berichtet von einem Fall, in welchem die mikroskopische Untersuchung die Coexistenz von Sarcom und Carcinom im Kehlkopf ergab. Weitere casuistische Beiträge werden in grosser Zahl geliefert, von denen wir hervorheben Birkett, Bliss (539), Fränkel (539), Semon (560), Stewart (563), Paul und Hunt (727, 857), Nicolai, Dansac (726). — Für die Behandlung der Kehlkopftumoren wäre zu erwähnen, dass Fletcher Ingals (680) eine sehr derbwandige Cyste des Taschenbandes durch Injectionen von Milchsäure und Carbolsäure geheilt hat. Johnson (640) und Gleitsmann (679) rühmen den Erfolg, den sie durch Injection von Erisypelcoccen bezw. deren Toxinen bei Geschwülsten im Halse gesehen hätten. Wright (678) glaubt den Werth dieser Methode sehr stark bezweifeln zu müssen. — Für die Beurtheilung der Radicaloperation (der Laryngofissur und der Totalexstirpation) in diesen Fällen sind von besonderem Werth die Mittheilungen von Semon (539), Leseigneur (539), Powers und White (858), von denen die letzteren einen Bericht über 309 Fälle von Larynxexstirpation zusammengestellt haben, während der erstere in der Lage ist, seiner Mittheilung ein Beobachtungsmaterial von mehr als 100 in seiner eigenen Privatpraxis beobachteter Fälle zu Grunde zu legen. Operirt wurden von diesen nur „Intrinsincfälle“, 12 an der Zahl, mit 58,3pCt. Heilungen. Bei der Operation wurde die zu entfernende Partie mit Cocain gepinselt, um stärkere Blutungen zu vermeiden, und die Hahn'sche Canüle unmittelbar nach der Beendigung der Operation entfernt. Bei der Nachbehandlung mussten die Patienten horizontale Seitenlagerung innehalten. Die auch von Poppert (428) gerühmte Vernähung der Trachealwunde gegen den Pharynx zu wird besonders warm empfohlen. — Ueber 20 Fälle von Laryngofissuren, die wegen der allerverschiedensten Ursachen ausgeführt wurden, berichtet Kijewsky (427). — Rosenbaum (859) empfiehlt, bei der Pharyngotomia subhyoidea den Schnitt direct am unteren Zungenbeinrand anzu-

legen, um die Nv. laryngei superiores zu schonen. — Einen bemerkenswerthen Fall berichtet Pean (858), in dem eines Carcinoms wegen der Kehlkopf und ein Theil der Rachenschleimhaut mit glücklichem Erfolg entfernt worden sind.

Fitzgerald (130) und Orick (130 behandelten quere Durchschneidungen des Halses, wie sie bei Selbstmordversuchen häufig sind, mittelst sofortiger Naht und, wenn nöthig, mit Tracheotomie. Der Erfolg war durchgehends ein guter. — Kehlkopffracturen werden berichtet von Kemper (482), Joal (922), Eastman (921), Harris (921). Die beiden letzteren heben besonders hervor, dass nach ihren Erfahrungen die Mortalität bei Kehlkopffracturen gewöhnlich überschätzt werde. Weder Thyroid- noch Cricoid-Fracturen sind unbedingt letal, ja es heilen sogar nach Ansicht dieser beiden Autoren verhältnissmässig viel Fälle selbst ohne Tracheotomie aus. — Von Fremdkörpern, die in die oberen Luft- oder Speisewege gelangt waren, wird eine ganze Legion aufgezählt. Rupp (469) erörtert die Mechanik der Einklemmung kleiner Fremdkörper im Halse, wobei die Physiologie des Schluckaktes einer eingehenden Betrachtung unterzogen wird. — Der Keuchhusten beruht nach Leuriaux (541) auf einer primitiven und essentiellen Localinfection des Kehlkopfes. Er empfiehlt deshalb vor allem eine locale antiparasitäre Behandlung. Des Ferneren werden empfohlen zur Behandlung des Keuchhustens von Springer (728) Hydrotherapie, von Curnston (729) Antipyrin, von Frühwald (543) Antispasmin, von Rehn (543) mandelsaures Antipyrin. Gegenüber dem Einwand Sonnenberger's (990), welcher die günstige Wirkung des mandelsauren Antipyrins auf Rechnung des Antipyrins schreiben will, hebt Rehn (991) noch einmal hervor, dass das mandelsaure Antipyrin das einfache Antipyrin wesentlich an Wirksamkeit übertrifft. De Minicis (729) giebt an, dass die Kuhpockenimpfung einen günstigen Einfluss auf die Ausheilung des Keuchhustens ausübe. Eröss (794) glaubt, dass man die Pertussisanfälle, wenn auch nicht coupiren, so doch durch die verschiedenen Antipyretica günstig beeinflussen könne. Er rühmt besonders den Erfolg, den er vom Bromoform gesehen habe. — Lucatello (34, 417) hat den Nachweis geführt, dass man bei der unter dem Namen des Laryngotyphus bekannten Schleimhautinfektion den Ebert'schen Bacillus nachweisen könne, wodurch ihm die metastatische Natur dieser Affection erwiesen zu sein scheint. Ueber Kehlkopferscheinungen während des Verlaufes des Abdominaltyphus berichten Vergniaud (596), Spicer (615), Barajas (723), Bergengrün (728), Watson Williams (881).

Thompson (133) berichtet über eine Patientin, welche dreimal eine spontane Ruptur der Trachea nur durch heftige Hustenstösse erlitten hat. In diesem Falle, ebenso wie in zwei anderen aus der Literatur citirten Fällen, war eine Ursache für diese Vulnerabilität der Trachea nicht anzufinden. — Eine ausführliche Pathogenese der Trachealtumoren giebt Scheur (134). — Eine eigenthümliche Erkrankung bei Neugeborenen schildert Geffrier (134). Dieselbe hat nach seinen Beobachtungen mit der Laryngitis stridulosa grosse Aehnlichkeit. Er führt die Affection zurück auf entzündliche Vorgänge in den Bronchialdrüsen und in der Bronchialschleimhaut; Reizung des Recurrens soll bei der anfallsweise auftretenden Dyspnoe eine wesentliche Rolle spielen. — Die Tracheotomie zieht

Gouguenheim (302) der Laryngotomia inter-crico-thyroidea wesentlich vor, weil man bei der letzteren eventuell der Fractur des Knorpels ausgesetzt sei. — v. Navratil (930) bespricht die Schwierigkeit des Décanulements und zeigt, auf welche Weise er in ganz verzweifelten Fällen noch zu einem günstigen Resultat gelangt sei. Köhl und Hagenbach (303) discutirten die Frage, ob blosse Secretretention im Stande sei, die endgiltige Entfernung der Canüle zu verhindern. — Die O'Dwyer'sche Intubationsmethode wird neuerdings von zahlreichen Autoren sehr gerühmt. Schmiegelow (50), Lefferts (256) haben besonders bei Erwachsenen gute Erfolge gesehen. Galatti (298, 299), Ground (304), Bokai (790), Northrup (872) empfehlen diese Methode auch für Diphtheriefälle aufs wärmste. Chiari (487) benutzte die O'Dwyer'sche Methode mit gutem Erfolg bei nichtdiphtheritischen Stenosen der verschiedensten Art, als da sind: Paralyse der Erweiterer, Spasmen der Schliesser, Papillome, Phlegmonen, Perichondritiden, chronische Infiltrate, Narbenbildung im Kehlkopf etc. James (649) glaubt, dass nur der Missbrauch, der mit dieser Methode betrieben wird, an ihrer Diskreditirung Schuld tragen könnte. O'Dwyer (304, 480, 875) selbst warnt vor jeder Uebereilung in der Beurtheilung des von ihm vorgeschlagenen Verfahrens, über welches er nur erfahrenen Operateuren ein Urtheil zugesteht. Ferraud (305) hat für die Intubation ein neues Instrumentarium angegeben. Mount Bleyer (132) fand ein in die Trachea geglittenes Intubationsrohr mit Hilfe des elektrischen Suchers wieder, sodass dasselbe durch eine entsprechend angelegte Tracheotomiewunde entfernt werden konnte.

Für die Untersuchungsmethode des Kehlkopfes wäre zu erwähnen ein Vortrag Gerhard's (865, 989), in welchem er darauf hinweist, wie wichtig die äussere Untersuchung des Kehlkopfes sei. Dieselbe giebt nach seiner Meinung Aufschluss oder wenigstens Anhaltspunkte für die Differentialdiagnose zwischen Larynx- und Trachealstenose für Muskel- und Nervenparalysen und -Spasmen. Pulsation der Trachea ist in gewissen Fällen nach G. als ein Symptom für Aneurysma anzusehen.

Unter dem Namen Autoskopie hat Kirstein (853, 935) ein interessantes Verfahren bekannt gegeben, mittels dessen es gelingt, den Kehlkopf einer directen Besichtigung ohne Spiegelbenutzung zugänglich zu machen. Das zuerst von K. demonstrirte Instrument, gegen welches von verschiedenen Seiten Einwände erhoben wurden, hat K. durch ein wesentlich practischeres ersetzt, mittelst dessen es bei den demonstrirten Patienten leicht gelang, Rachen, Kehlkopf und Trachea der Besichtigung zugänglich zu machen. — Oertel (854) empfiehlt eine Untersuchung der Schwingungsverhältnisse der Stimmbänder mittelst der laryngostroboskopischen Methode, für welche er ein in vielen Beziehungen wesentlich verbessertes Instrument angegeben hat. Er hofft, durch dasselbe über viele physiologisch und pathologisch wichtige Fragen betreffs der Spannungs- und Schwingungsverhältnisse bei der Phonation Aufklärung zu gewinnen.

F. Schilddrüse.

Eine grosse Reihe von Arbeiten beschäftigt sich mit der Schilddrüse, deren Bedeutung für den Organismus man erst in neuerer Zeit gehörig zu würdigen anfängt.

Morphologische Untersuchungen, die sich mit den Nerven und den Nervenendigungen, dem Drüsenepithel und den Secretionsvorgängen der Schilddrüse befassen, veröffentlicht Andersson (489). — Einen Beitrag zur Anatomie der Thyreoidea liefert Schmidt (798). Derselbe fand an den kleinen Arterien Zellknospen, die knopfförmig in das Arterieninnere vorsprangen. Eine Bedeutung für die Function der Drüse schreibt Verf. diesen Gebilden nicht zu. — Zielinska (543) stellte Untersuchungen an, wieweit die Lymphgefässe innerhalb und in der nächsten Umgebung der Drüse Colloid, dss nach Hürthle (489) aus dem Protoplasma der Epithelzellen entsteht, führen.

Mit der Physiologie der Schilddrüse beschäftigen sich mehrere ausführliche Arbeiten [Zwaardemaker (369), La Presse méd. Belge (489), Hürthle (369, 489), Godart (490), Notkin (995), Combe (996), Bleibtreu und Wendelstadt (997), Lanz (997)]. — Die Ergebnisse dieser Arbeiten gehen im Wesentlichen dahin, dass die normale Thyreoidea einen specifischen Stoff producire, der für die dauernde Erhaltung des Lebens nothwendig ist. Man glaubt, dass diese Stoffe gewisse im Organismus hervorgebrachte, Convulsions- und sonstige Krankheit erregende Toxine zu zerstören bestimmt sind. Benisowitsch (544) kommt auf Grund seiner Fütterungsversuche zu der Ansicht, dass das schädliche, durch die Schilddrüse zu parallelisirende Agens die Carbaminsäure sei. Notkin (995) ist der Meinung, dass der die thyreoprive Cachexie hervorrufende Stoff, den er Thyreoprotoid nennt, ein Product des Stoffwechsels, ein besonders gearteter Eiweisskörper sei, der nicht in der Schilddrüse selbst entstehe, sondern dort nur abgelagert und durch das specifische Secret der Thyreoidea entgiftet werde.

Zahlreiche, experimentelle Arbeiten beschäftigen sich dann mit denjenigen Störungen, welche sich nach Entfernung der Schilddrüse und bei deren Erkrankung einzustellen pflegen. Hoffmeister (308, 428) hat bei Kaninchen nach der Thyreoidectomie einen dem Cretinismus und der fötalen Rhachitis ähnlichen Zustand entstehen sehen. Das Wachsthum der Thiere wurde mangelhaft, ebenso die Behaarung; die Thiere wurden dickleibig und verloren ihre Lebendigkeit. Ganz ähnliche Erfahrungen machte Weil (859), Christiani (308, 925), der an Eidechsen und Schlangen und Rosenblatt (860), der an Hunden experimentirte. Auch diese gingen, je jünger sie waren, desto schneller zu Grunde; Milchdiät verzögerte, Fleischdiät beschleunigte den Verlauf der Krankheit. Im Gegensatz zu früheren Arbeiten von Schmid, Schönemann, Hoffmeister, glaubt R. der Vergrösserung der Hypophysis nach der Thyreoidectomie eine vicariirende Bedeutung für die entfernte Schilddrüse nicht zuerkennen zu dürfen. Er betrachtet die nach der Operation sich einstellende Hypertrophie als eine Folge der Circulationsstörungen, die sich in solchen Fällen an den allerverschiedensten Stellen einzufinden pflegen. Dahingegen glaubt er einen Zusammenhang zwischen Schild-

drüse und Prostata annehmen zu müssen, denn überall, wo diese erkrankt war oder fehlte, fand sich eine Vergrösserung jener. In den Nieren fand R. ebenso wie Hoffmeister nach der Thyreoidectomie in Harnkanälchen und Bowmann-schen Kapseln Colloidkugeln und überall, wo diese sich fanden, war das Epithel zerfallen. R. glaubt nun, dass die im Organismus entstehenden Giftstoffe, die nach der Entfernung der Schilddrüse nicht mehr zerstört werden, durch die Niere zur Ausscheidung kommen. Diese Berührung führt zu einer Erkrankung des Epithels, die weitere Entfernung des schädlichen Agens wird erschwert und die Folge hiervon ist eine tödtliche Vergiftung.

Im Verdauungstractus thyreoidectomirter Thiere wurden nicht unerhebliche Structurveränderungen, Atrophie, fibröse Degeneration, locale Necrose, gefunden von Bocardi (732) und Sciolla (732). — Cadéac und Guinard (731) constatirten nach der Entfernung der Schilddrüse Temperaturerhöhung. Im Urin, der sich jedesmal, entsprechend der Schwere der Allgemeinerkrankung als toxisch erwies — dieselbe Erfahrung machte auch Masoin (370) — fand sich immer Albumen und zuweilen auch Zucker. - Die von den verschiedenen Autoren (s. oben) constatirte Thatsache, dass bei mangelnder Schilddrüse die Krankheitserscheinungen so lange ausbleiben, als eine reine Milchdiät verabreicht wird, veranlasst Schein (925) zu der Annahme, dass in der Milch das Secret der Schilddrüse enthalten sei. Zur Stütze dieser Hypothese giebt Sch. an, dass bei Frauen infolge der Lactation manchmal Tetanie auftrete, was nach seiner Meinung auf einen allzu lebhaften Uebergang des Schilddrüsensecretes in die Milch zurückzuführen sei.

Es wurde nun versucht, diese und andere bereits früher gewonnene experimentelle Erfahrungen zu denjenigen Erkrankungen in Beziehung zu bringen, bei denen erfahrungsgemäss die Schilddrüse Veränderungen zeigt. Johnston (248) und Murray (196, 248) stellen den Morbus Basedowii und das Myxoedem einander gegenüber und neigen zu der Ansicht, dass Hypertrophie der Glandula thyreoidea die eine, Atrophie derselben die andere Erkrankung bedinge. Solis Cohen (200) scheint in ähnlicher Weise zu einer principiellen Unterscheidung zu neigen. Doch macht er darauf aufmerksam, dass Hypertrophie der Thyreoidea nicht gleichbedeutend zu sein braucht mit Hypersecretion; denn die Massenvermehrung könne auch interstitielle Bestandtheile betreffen, die mit der Secretbildung gar nichts zu thun haben. — Auch Rehn (370) und Eulenburg (370) wollen die Basedow'sche Krankheit auf die Wirkung eines quantitativ — vielleicht auch qualitativ — veränderten Schilddrüsensecrets zurückführen. Nach E.'s Ansicht ist vielleicht eine Veränderung der Blutbeschaffenheit und der Circulation das allererste wirksame Moment. Eine Stütze könnte diese Anschauung vielleicht noch finden in den Beobachtungen von Balduin (927) und Gowan (928); diese sahen in einer Reihe von Fällen, dass der Ausheilung der Basedow'schen Krankheit und der hierbei eintretenden Verkleinerung der Thyreoidea ausgesprochene Symptome von Myxoedem folgten, die B. durch Thyreoid-Extract zu bessern im Stande war. Notkin (995) hingegen erklärt sich, entsprechend seiner vorhin wiedergegebenen Hypothese, den günstigen Einfluss der Schilddrüsenfütterung bei Morb. Basedowii auf folgende Weise. Er glaubt, dass die hypertrophische Schilddrüse eine allzu grosse Fermentmenge liefere, welche durch den im

Organismus producirten Giftstoff nicht paralysirt werde. Die Resorption der überschüssigen Fermentmassen bewirke die bekannten Krankheitserscheinungen. Wird nun durch Einführung seines Thyreoproteids das zu reichlich vorhandene Ferment gebunden, so fallen die Schädigungen, die vorher durch seine Resorption bedingt waren, fort. Lanz (997) stellt sich die Wirkung der Schilddrüseningestion auf die Abnahme der Schilddrüsenhypertrophie als eine compensatorische vor. Degenerirt eine Thyreoidea theilweise kropfig, so muss nach L.'s Ansicht der noch gesunde Theil derselben complementär hypertrophiren, um die aufgehobene Function des kranken Theiles zu ersetzen. Wird nun von aussen Schilddrüse zugeführt, so wird diese compensatorische Thätigkeit überflüssig und der hypertrophirte, nicht degenerirte Theil des Kropfes geht wieder zurück, so lange, aber nicht länger, als die Schilddrüsentherapie fortgesetzt wird.

Die eben wiedergegebenen Anschauungen haben nun manchen Widerspruch erfahren. Jeaffreson (248) verwirft die principielle Zweitheilung Johnston's und Murray's, da er Fälle von Morbus Basedowii auch mit Atrophie der Schilddrüse gesehen und andererseits — bei ausgesprochener Schilddrüsenhypertrophie — trotz Schilddrüsenfütterung keinen Schaden bemerkt habe. Voisin (801), Kocher (663) und v. Bruns (861) haben sogar durch diese Behandlung in derartigen Fällen (bei Kocher und Bruns handelte es sich um reine Strumabildung) wesentliche Besserungen und Heilungen erzielt, was allerdings nach Dreyfuss', Brissac's, Béclère's (801) Meinung allen modernen Anschauungen widerspricht. Und in der That hat Kocher (663) neben seinen günstig verlaufenen Fällen auch einige Male bei Schilddrüsenfütterung wesentliche Verschlechterung aller Erscheinungen gesehen, die erst beim Aussetzen dieses Heilmittels zurückgingen. Dieselbe Erfahrung hat Symonds (803) gemacht. Für diese Fälle glaubt nun Kocher, und ganz entsprechende Anschauungen finden sich bei Marie (491), Booth (492, 801), Vandervelde und le Boeuf (493), Paterson (602), Hirschberg (733), dass das Leiden hier nicht sowohl als eine Functionsstörung der Thyreoidea, als vielmehr, wenn auch gewisse Symptome zweifellos von der Schilddrüse aus zu erklären sein mögen, als eine primäre Erkrankung des Nervensystems aufzufassen sei. Auch Lanz (997) ist geneigt, zwei Formen der Basedow'schen Krankheit anzunehmen; in denjenigen Fällen, wo die Schilddrüseningestion eine Besserung der Symptome hervorruft, glaubt er ex juvantibus sich zu der Annahme berechtigt, dass es sich hier nicht um eine Hyperthyreosis, sondern um eine Dysthyreosis handelt.

Gute Erfolge bei der Behandlung des Morb. Basedowii hat Kocher (663) neben der Schilddrüsenfütterung bei der Anwendung von Jod und bei der Trinkwasserenthaltung gesehen. Das Intoxicationsartige der acuten Cachexia strumipriva, das sofort durch Gaben von Schilddrüsensaft gehoben werden kann, hat in Kocher den Gedanken erweckt, ob nicht auch für die Kropfbildung angenommen werden dürfte, dass durch das Trinkwasser ein ganz unbekannter Stoff eingeführt werde, welcher analog den giftigen Umsetzungsproducten die Drüsenzellen der Schilddrüse erregt, aber von künstlich zugeführtem Saft neutralisirt wird. — Rockwell (197), Taylor (250) empfehlen bei Morb. Basedowii weitgehendste Hebung des Allgemeinbefinden durch Luftcuren, Tonica und Anwendung von Elektricität.

Die verschiedenen chirurgischen Methoden, die für die Stuma-Entfernung in Betracht kommen, werden gegebenen Falles auch für die Basedow'sche Krankheit empfohlen durch Rockwell (197), Putnam (198), Freiberg (199), Herskind (734), Booth (492, 801) u. a. -- Erwähnenswerth dürfte noch sein, dass Scanes Spicer (800) einen Fall von Morb. Basedowii durch Entfernung von Nasenpolypen gebessert hat. Da in 3 ähnlichen Fällen durch diesen Eingriff Heilungen berichtet worden sind, so glaubt Sp. dieses Nebeneinander beider Leiden für mehr als ein zufälliges Zusammentreffen halten zu müssen.

Hitzig (430, 601) hat die Entwickelungsverhältnisse der Struma untersucht und kommt zu dem Ergebniss, dass die ersten Anfänge derselben wahrscheinlich auf Wucherungsvorgängen des colloidhaltigen und colloidfreien Epithels beruhen. Die Histogenese der verschiedenen Kropfformen wird aus diesen Anfängen heraus entwickelt. -- Socin (666) führt die plötzlichen Erstickungsanfälle bei Kropfkranken auf eine plötzliche Zunahme der Trachealstenose zurück. Er sucht in solchen Fällen die sofortige Tracheotomie möglichst zu vermeiden. Anstatt dessen empfiehlt er einen Querschnitt durch Haut und Muskeln zu machen, durch welche die ganze Schilddrüse ectopirt wird. Ist auf diese Weise die augenblickliche Lebensgefahr beseitigt, so kann man sich nachher in Ruhe für die eine oder andere Methode entscheiden. -- Zu den bisher geübten Verfahren der Strumectomie kommt jetzt eine neue, von Poncet (432) und Jaboulay (667) angegebene Methode, die sogenannte Exothyreopexie. Durch einen in der Medianlinie angelegten Schnitt wird der Kropf theilweise oder ganz nach aussen verrenkt und in dieser Stellung festgehalten, bis spontane Atrophie eintritt. Socin (666) hat diese Methode, deren Brauchbarkeit auch von anderer Seite bestätigt wird, mit Erfolg angewendet. Bouchet (800) hatte allerdings bei derselben -- der Patient zeigte freilich schon bei Beginn der Behandlung Erscheinungen von Seiten der Bronchien und Lunge -- einen Todesfall an Pneumonie zu verzeichnen. Auch Goris (932) hat durch diese Operationsmethode einen Patienten verloren.

Parenchymatöse Einspritzungen gegen Struma werden empfohlen von (431, 432) Marquet, Garré (Jodoformäther) und von Duguet und Mangin (Jod). Prins (926) hat den Einfluss der parenchymatösen Jod- und Jodoformeinspritzungen auf den Kropf studirt. Die Wirkung der Jodtinctur ist im Wesentlichen gleich derjenigen des Alkohols. Jodoformlösung bewirkte Coagulationsnecrose des Parenchyms; auf die colloide Substanz übt dasselbe keinen resorbirenden Einfluss aus.

Dass auch bei Strumabildung mit Erfolg Schilddrüsenpräparate von Kocher (663), Bruns (861) u. a. m. verabreicht wurden, ist bereits erwähnt. Ausserdem wurden Schilddrüsenpräparate gegeben in Form von subcutanen Einspritzungen [Mendel (604) sah allerdings Infiltrate an den Stichstellen und Collaps], von Tabletten und Pillen (Nielsen 605) und in Form einer Inunctionscur (Blake 667). Gute Erfolge wurden verzeichnet bei Cachexia strumipriva — einen instructiven Fall berichtet Costanzo (433): Einer Patientin wurde die Schilddrüse wegen Sarcoms entfernt. 2 Jahre nach der Operation schwere Cachexia. Schilddrüsenfütterung erzielte vollkommene Heilung; — bei sporadischem Cretinismus:

Railton (605), Smith (606), Garrod (803); bei Myxoedem: Dunlop, Schotten, Leichtenstern (40, 41) Rehn (135), Lundie, Putnam, Krauss (136), Peterson, Osler, Ayres, Ewald (802); bei Fettsucht: Yorke Davies (603). Towers Smith, H. Mackenzie (603) halten jedoch an der Ansicht fest, dass die Diät allein ausreiche, um bei Adipositas Erfolge zu erzielen. M. hat in 2 Fällen bei Fettsucht von Schilddrüsen-Extract gar keinen Erfolg gesehen. — Des Ferneren hat die Schilddrüsentherapie gute Dienste geleistet bei Akromegalie und Erythromegalie: Solis Cohen (450), Parsons (863); und bei verschiedenen Hauterkrankungen, als da sind Psoriasis, Eczem, Lupus etc.: Byron Bramwell (310), Gordon (309), Hunt, Jackson (311), Ayres (495), wohingegen Abraham (309), James (548, 602) bei Hauterkrankungen neben manchen Erfolgen auch über Misserfolge und directe Verschlimmerung des ursprünglichen Leidens zu klagen haben.

Stoffwechseluntersuchungen haben gelehrt, dass während der Schilddrüsenfütterung zumeist die Körpertemperatur etwas erhöht, der Urin und die Stickstoffmengen in demselben vermehrt ist. Dabei tritt eine Abnahme des Körpergewichts ein [Ord und White (201), Napier (202), Bleibtreu und Wendelstadt (997)]. Oefters fand sich auch während der Cur Zucker im Harn [Ewald (604)]. Es traten sogar bei Verabreichung allzustarker Dosen schwere Intoxicationserscheinungen auf, die nach Béclère (803) in einem Falle von Myxoedem das klinische Bild des Morb. Basedowii hervorriefen.

Von besonderem Interesse dürfte noch sein, dass Ballet und Enriquez (803) bei gesunden Hunden durch subcutane Injection von Schilddrüsenextract einen experimentellen Kropf erzeugten. Owen (928) und Miculicz (928) melden, dass sie durch die Verabreichung von Thymusdrüsen bei Basedowscher Krankheit ungefähr dieselben Erfolge erzielt haben wie durch Schilddrüsenpräparate.

Acute, zumeist eitrige Entzündungen der Thyreoidea wurden besonders oft nach Infectionskrankheiten beobachtet. Sestini und Baciocchi (429) sahen dieselben nach Abdominaltyphus, bedingt durch den Ebert'schen Bacillus. Durante (544), Lion und Bensaude (666) fanden bei ihren Fällen in dem Eiter Pneumococcen; Mygind (732) beobachtete acute Thyreoiditis nach Erysipel. v. Bardeleben (925) konnte bei einem acuten, unter Fieber verlaufenden Strumaabscess keinerlei Bacillen nachweisen; er hebt hervor, dass diese keimfreien Abscesse nach Travel's Meinung recht selten seien. Jeanselme (926) dagegen ist der Ansicht, dass all' diese Erkrankungen der Thyreoidea immer nur auf Infection beruhen.

G. Oesophagus.

Butlin (737) giebt einen ausführlichen klinischen Vortrag über die verschiedenen Arten der Oesophagusstricturen und ihre Behandlung. — King (43) empfiehlt für das Oesophaguscarcinom, sobald es zu Stricturen Veranlassung gäbe, die Anwendung der Elektrolyse. — Notthaft (737) berichtet einen

plötzlichen Todesfall, der durch das Platzen einer varicösen Vene im Oesophagus bedingt war. — Ausführliche Besprechungen der verschiedenen Methoden für die Gastrotomie finden sich bei Meyer (607), Bayer, Caird (253). — Hall (253) schlägt eine Verbesserung für die Gastrotomie vor, die darin besteht, dass er aus dem linken Musculus rectus abdominis einen Sphincter für den Fistelgang bildete. — Roux (606) und Rosing (864) empfehlen bei schweren Oesophagusstricturen, die von oben her nicht zu sondiren sind, die Sondirung nach geschehener Gastrotomie vom Magen aus.

Instrumente, Medikamente und Therapie.

Es werden empfohlen:

Solis Cohen (13) ein ösophageales Stethoskop;

Reti (19) ein Speculum zur endonasalen Besichtigung;

Massei (52) Projectionsapparat zur Demonstration laryngoskopischer Bilder;

Fortunato (57) neues Instrumentarium und neue Methode für die Tracheotomie;

Bark (75) neuer Mundsperrer;

Kilian (101) neuer Cocainzerstäuber für die oberen Luftwege;

B. Fränkel (132) ein Spiegel, durch welchen die Demonstration eines eingestellten Kehlkopfbildes auch für einen zweiten Beobachter leicht gelingt.

Heryng (133) hat die Krause'sche Curette modificirt, sodass dieselbe um die Längsachse des Instrumentes drehbar wird.

Kraus (194, 195) hat eine Kehlkopf-Luftröhrenprothese construirt, um nach ausgedehnten Larynxoperationen die Sprachbildung wieder zu ermöglichen.

Hubbard (231) hat ein anscheinend sehr brauchbares Instrument angegeben, mittels dessen man während der in Mund und Nase bei Narkose ausgeführten Operationen das Blut vom Larynx fernhalten kann. Dabei kann durch dieses Instrument hindurch die Narkose fortgesetzt werden.

Elektrische Lampen werden angegeben von Philipps, Clar, Winkler (392).

Mandelcuretten von Kelly und Hartmann (468).

Pulverbläser für den Larynx von Jaruntowsky (600).

Zange für die Nase von Goldstein (629).

Nasenirigator von Birmingham (630).

Nasenschlinge von Mac Donald (630), A. Martin (690).

Amygdalatom von Marcy (638) und Kretschmann (831).

Aseptische Halsspiegel von Hopmann (690), und solche von Metall von Ziem (690).

Das Antipyrin als locales Schleimhautanästheticum wird gerühmt von Neumann und Wroblewsky (63).

Aufrecht (91) empfiehlt gegen Soor in Magen und Speiseröhre dreiprocentige Boraxlösung intern.

Helbing (145) benutzte mit gutem Erfolge zur Behandlung der Pharynxphlegmone Einreibungen mittelst Krotonöl. Von Sacki (ib.) wird dies

Erfahrung bestätigt, wohingegen Seifert, Schmidt, Faber, Kahsnitz (ib.) keinerlei Resultate durch die Anwendung dieses Mittels erreichen konnten.

Ivins (171) empfiehlt Guajacum, Raymond (171, 830), Ingals, Cotton, Rhodes u. s. w. (464) Guajacol bei acuten Entzündungen der Rachengebilde.

Ruhemann (274) benutzt Jodsäure und jodsaures Natron bei chronischen Rachen- und Kehlkopfentzündungen. Auch bei der Diphtherie verwendet er dasselbe zur Gurgelung und zu Inhalationen, bei Struma zu parenchymatösen Injectionen.

Die Trichlor-Essigsäure wird von Stein (397) bei vielen acuten und chronischen Erkrankungen der Nase und der Tonsillen benutzt.

Ferripyrin wird von Hedderich (888) als nicht ätzendes Hämostaticum für die Nase empfohlen.

Nosophen ist nach Seifert (889) als austrocknendes und desinficirendes Pulver bei Nasenaffectionen zu verwenden.

Die Elektrolyse wird empfohlen für Septumverbiegungen von Moure (51, 511), Bresgen (376), Draispul (498), Hess (512) u. s. w. Hajek, Stoerk, Heymann (376) sind mit den Erfolgen dieser Methode nicht sonderlich zufrieden. — Moll (49) sah gute Erfolge von der Elektrolyse bei der Pachydermie und der Tuberculose des Kehlkopfes. — Verdos (104) benutzte zur Zerstörung von Nasenpolypen den negativen Pol; Kaarsberg (165) gebrauchte bei Angiomen Ströme bis zu 50 M.-A. Er verwandte entweder den negativen Pol oder arbeitete bipolar. Thomas (431) benutzte die Electrolyse zur Verkleinerung von Strumen; Strazza (513) zerstörte mit derselben einen cavernösen Tumor der Nasenscheidewand. Mongardi (460) rühmt die Erfolge der Elektrolyse bei Erkrankungen der innern und der äussern Nase, bei Pharyngitis sicca, bei hypertrophischer Paryngitis und Laryngitis, auch zur Zerstörung von Sängerknötchen erscheint ihm dieselbe geeignet. Ein zusammenfassendes Urtheil über den Werth dieser Methode in der Laryngologie giebt de Tymososky (55) nebst Angaben über die Technik und die Indicationen derselben.

II. Briefkasten.

Das Wilhelm Meyer-Monument.

1. Das deutsche Comité hat sich durch den Beitritt folgender Herren verstärkt: Dr. Tornwaldt (Danzig), Dr. Schmaltz (Dresden), Prof. Kosegarten (Kiel), Dr. A. Magnus (Königsberg), Dr. Kretschmann (Magdeburg), Dr. Bauer und Dr. Heller (Nürnberg), Prof. Wagenhäuser (Tübingen).

2. Das französische Comité hat sich nun ebenfalls definitiv constituirt und einen Aufruf erlassen. Das Comité besteht aus den Herren: E. J. Moure (Bordeaux), Präsident, Lermoyez (Paris), Schatzmeister, Bonain (Brest), Garel und Lannois (Lyon), Gellé, Gouguenheim, Helme, Lubet-Barbon, Luc, Mendel, Poyet und Ruault (Paris), Jacquin (Reims), Joal (Mont-Dore), Lacoarret (Toulouse), Molinié und Thomas (Marseille), Noquet und Wagnier (Lille), Polo (Nantes), Raugé (Challes), Raoult (Nancy), Simonin (Limoges).

3. In Oesterreich haben sich die österreichische otologische und die Wiener laryngologische Gesellschaft zusammengethan um die Angelegenheit zu fördern und einen von den Vorsitzenden beider Vereine, Prof. J. Gruber und Prof. C. Stoerk gezeichneten Aufruf erlassen.

4. Das norwegische Comité besteht aus den Herren: Prof. Uchermann, Vorsitzender, Prof. Hjort, Dr. Schiötz, Dr. Hörbye, Prof. Johannesen, Prof. Leegaard und Generalarzt Dr. Thaulow (Christiania), Staatsphysikus Böchmann (Trondhjem).

5. In Ungarn ist ein Comité unter dem Vorsitz von Prof. v. Navratil constituirt worden, welches aus hervorragenden Ohrenärzten, Laryngologen und Pädiatern besteht. Die Namen der Comitémitglieder sind uns noch nicht bekannt gegeben.

Namen-Register.*)

A.

Aaser **652**.
Abbott, A. C., **234**, **778**.
Abel **65**, **471**, **509**, 778.
Abdrich, H. C., **304**.
Abraham **227**.
Abraham, P., **309**.
Abraham, P. S., **803**.
Abrahams, R., **998**.
Achaline **169**.
Achtner **835**.
Adae **976**.
Adam 162.
Adami **465**.
Adams, A. E., **516**.
Adams, James, **182**, **717**.
Adams, Robert S., **644**.
Adenot **893**.
Adler **641**.
Afanasieff, W., **42**, 359.
d'Aguanno **634**, **656**.
Aievoli **916**.
Akazatow, N., **19**.
Albers **375**.
Albert **817**, **897**, 921.
Albertin **113**, **898**.
Albespy **653**.
Albrecht 897. **929**.
Alderson, F. H., **783**.
Aldrich, A. G., **961**, **991**.
Alexander 92, 867.
Alexander, Arthur, **332**.
Alexander, J. W., **39**.
Allan, F., **707**.
Allara, Vincengo **734**.
Allen, Harrison, 261, **282**, **368**, 681, 818, **957**, **962**.
Allfrey, C. H., **118**.
Altmann **977**.
Alvarez 699.
Ambler, C. P., **919**, **920**.
d'Ambrosio **692**.
Amende, Chas. G., **914**.
de Amico **980**.
d'Amore **667**.
Anderson, P. L., **890**.
Andersson, Oskar A., **489**.
Andrew, H., **984**.
Andrews, J. W., **300**.
Angerer **245**, **603**.
Ankindinow, M., 498.
Annandale, Thomas, **110**, **164**.
Annequin **210**.
van Anrooy, H., **764**.
Anson, G. E., 39, **547**.
Ansten, H., **910**.
Anton, P. B., **296**.
Appel **897**.
Appleget, F. A., 79.
d'Aquanno **656**.
Arena **636**.
de Armand, J., **121**.
Armstrong, H. L., **895**.
Armstrong, O. S., **712**.
Armstrong, S. T., **986**.
Arnold 207.
Arnstein, F., **696**, 772.
Aronsohn, E., 56, 385, **507**.
Aronson **920**.
Aronson, H., **355**, **356**, 358, **591**, 848.
Arrojo, L. Lopez, **65**.
Asch 841.
Asch, Morris J., **177**, 254.
Ascherbach 121.
Aschkanazi **532**.
Ascoli **774**.
Atkin **457**.
Atkins, R., **984**.
Atkinson, F. P,, **525**, **781**.
Attemaire **76**.
Auclair **288**.
Audry, C., **78**.
Audubert 48.
Aufrecht **91**, **410**.
Auld, A., **733**.
Avellis 143.
Aviragret **116**.
Ayres, Samuel, **495**, **802**.

B.

B., O., **489**.
Babcock, W. D., **704**.
Baber, Creswell, 206, 611, 614, 621, 751.
Baccelli 38.
Baciocchi **429**.
Baczkiewicz, J., **82**, **787**, **845**.
Bading **116**.
Baerken, J. F., **781**.
Bäumler **411**, 739.
Baginsky, Adolf, **719**.
Baginsky, B., 460, **591**, 818.
Baildon, F., **301**.
Bailey, G. H., **575**.
Bailiss, R. A., **179**.
Baker, F., **703**.
Baker, Morrant, **230**.

*) Die fett gedruckten Zahlen hinter den Autornamen verweisen auf Publicationen des Betreffenden, während die dünn gedruckten sich auf Citate seiner Ansichten, Theilnahme an Discussionen etc. etc. beziehen.

Baldwin, W., **927**.
Ball, E. B., 563, 750.
Ball, J. B., 264, **806**.
Ball, M. V., 777.
Ball, Francis P., **791**.
Ballance, Charles A., **109**.
Ballenger, W. L., **696**.
Ballet, G., **803**.
Bamby, W., **757**.
Barajas, L., **723**, **726**.
Barbe **161**.
Barbier, H., **80**, **118**, **171**, **533**, **636**.
Bardach **713**.
v. Bardeleben **925**.
Bardenheuer 428.
Bardet, J., **594**.
Bareggi **627**.
Barillet, A., **701**.
Barjon **420**, 595.
Bark **960**.
Bark, John, **75**, 657, 811.
Barkan, A., **71**, **174**.
Barker, J., 587.
Barling 922.
Barlow **301**.
Barlow, John, **956**.
Barnays 611.
Baroni **719**.
Barr 657.
Barth **920**.
Bartoli, Lucien, **71**.
Barton **306**.
Basch **223**.
Bates, W. H., **162**.
Battle **817**, **901**.
Batut, L., **692**.
Baudet 578.
Bauer 143, 145, 146, **344**.
Baumecker **791**.
Baumgartel, G., **111**.
Baumgarten **727**.
Baumgarten, E, 84, **277**, 378, 384, 500, 501, **507**, **596**, 695, 728, **767**.
Baurovicz, A., 385, 386, **699**, 815, 824, 857.
Bayer **280**, **791**.
Bayer (Prag) **253**.
Bayer (Brüssel) 285, 388, **570**, 933.
Bayet **770**.
Bayliss, E. B., **794**.
Bazénerye **219**.
Beadles, C. F., **40**, **312**, 390, **899**.
Beadles, Cecil, **634**, 640.
Beale, E. Clifford, **101**, 208, 268, 559, 562, 613, 751.
Beaumont **893**.
Beausoleil **11**, **18**, **44**, **46**, **510**, **536**, 746, **964**, **994**.
Beck, Carl, **210**.
v. Beck 939.
Becker **192**, **287**.
Becker, B., **785**, 851.
de Becker **605**.
Béclère **800**, 801, **803**.
Beco 932.
Bedell **543**.
Beer, B., **329**.
Behnke 661.
Behring **27**, 177, **354**, **355**, **356**, 587, **592**.
Bell, Victor C., 578.
Belliard 745, **777**.
Benario **719**.
Benedict, A. L., **991**.
Beneke **159**.
Benisowitsch, N., **544**.
Bennett, F. W., 265, 611, 614, 621, 878.
Bensaude **544**, **666**.
Bérard **701**.
Berend **646**.
Berens, J. P., **512**.
Berens, T. Parsemore, **892**.
Berg **633**.
Berg, H. W., 522, 523, **850**.
Bergeat, Hugo, **425**, **690**, **960**.
Bergengrün, Paul, **599**, **728**, **793**, **794**, **895**.
Bergeon, A., **85**.
Berger **573**.
Berggrün **209**.
Bergmann **452**, **785**, 786.
v. Bergmann 435.
Bergonie, J., **769**.
Berkart, J. B., **118**.
Berliner 52, 54.
Berlioz, F., 122.
Bermingham **630**.
Bernays, A. C., **804**.
Berndt **729**.
Bernhardt 75, 662.
Berrill, A., **496**.
Berry, James, 748.
Berthelot **527**.
Berthoud, A., **129**.
Bethe **580**.
Betz, O., 142, **183**, **574**, **863**, 1003.
Beu, F. F., **824**.
Bewley, H. T., **225**, **401**.
Bézy **653**.
Bianchini **183**, **649**.
Biddle, D., **781**.
Biddle, H., **587**.
Bidon **361**, **655**.
Biggs, H. M., **232**, **233**, **472**, **644**, 708, 710, **905**, **986**.
Biggs, Geo P., **985**.
Billroth 193, 228, 539, 550.
Binder, C. Roberts, **822**.
Biondi 370.
Bircher **664**.
Birch-Hirschfeld 836.
Birkett, H. S., **121**, **538**.
Birkitt **465**.
Birnie, C., **100**.
Birsell, Wm. G., **904**.
Bishop, Seth. H., **279**.
Black, G. Melville, **15**, **628**.
Blackader 877.
Blair, L. E., **570**.
Blake, Edward, **19**, **667**.
Blake, H., **757**.
Bleibtreu **997**.
Bleich **650**.
Bleyer, J. Mount, **38**, **132**, 316.
Blirs, Arthur A., **538**, 676.
Bliss 538, 676.
Bloch 385.
de Blois, T. A., **23**, 260.
Blondeau **62**.
Blondiau **759**.
Bloxam, A. S., **819**.
Blumenfeld **839**.
Blumenthal, F., **359**.
Boaz 250.
Bobone **451**.
Bobrowski, D., **729**.
Boccardi **732**.
Bock **217**.
Boeninghaus 1003.
Boennecken, H., **771**.
Bönninghaus **815**.
Boer, O., **355**.
Boewer **550**.
y Bofill, J. Coll, **34**.
Bogdan **220**, 628.
Bohéas **113**.
Boisson **982**.

Bokai 524. **790**, 843, **978**.
Boland 933.
Bollaan, C. W., **593**, **594**.
Bollinger **484**.
Bonain, A., **478**, **586**, 742, 745, **790**, **893**.
Bonan **130**.
Bond 563, 564.
Bonnier, Made. P., **525**.
von Bonsdorff **286**.
Booker, W. D., **28**.
Booth, Arthur A., **801**.
Booth, C. E., **910**.
Booth, J. Arthur, **372**, **492**.
Borchard **902**.
Borgne, Ch., **638**.
Bors, L., **968**.
Bosworth, F. H., 66, 206, **340**, 438, 468, **515**, 569, 598.
Botescu, H., **774**.
Botey, Ricardo, 50, 51, 55, 56, **524**, **725**.
Bottini, E., **775**.
Bouain 48.
Bouchard 111.
du Bouchet **800**.
Bouffé 48, **744**.
Bouillaud **116**.
Bouillond, Paul **75**.
Boulay, M., **657**.
Boulengier, P., **468**.
Boulloche **85**.
Bourges, H., 410, **507**, **642**.
Bower, Dykes, **285**.
Bowlby, A. A., 213, 389, 616, 617, 619, 640, 747.
Bowles, W. F., 877.
Boyd 225.
Boyd, F. D., **848**, **928**.
Boyd, S., **173**.
Boyd, Robert, **830**.
Boylan, J. E., **154**, **242**.
Brabant, H., **650**.
Braden, Hyle D., **851**.
Bradshaw 657.
Brady, A. T., **104**.
Braem **902**.
Bramwell, Byron, **245**, **310**, 548.
Brasch **530**, **661**.
Brasseur **772**.
Brault, T., **61**, **76**.
Braun 52, **689**.
Brazie, H. W., **410**.
Breffeil **701**.
Bremer **420**.
Bresgen, Maximilian, **69**, 142, 143, 144, 145, 339, **342**, 376, 384, **396**, **439**, 793, **827**.
Breton 712.
Brewer, Eduard P., **852**.
Briggs, W. E., **285**.
Brigidi **626**.
Brindel **572**, **857**, **994**.
Brinet 371.
Brisac 801.
Brissaud **796**.
Broca 506.
Broeksmit, J., **221**.
Bronner, Adolph, **276**, 598, 612, 615, 617, 750.
Bronson, A. F., **461**.
Bronson, H. M., **412**.
Broomall **249**.
Broome, L., **126**.
Brousses, T., **61**.
Brown 147, **240**.
Brown, J. E., **568**.
Brown, Dillon, **477**, 652.
Brown, G., **300**, **630**.
Brown, P., **395**, **512**.
Brown, Price, 315, 317, 321, 323, 324, 325.
Browne **65**.
Browne, P. O., **926**.
Browne, Lennox, 24, 147, 185, 186, 187, 188, 207, **245**, **343**, **426**, 438, **642**, 781, **783**, 811, **848**, **903**.
Browne, Valentine, **986**.
Brown-Séquard 666.
Bruce, Mitchell, 567.
Brunet **861**.
Bruns, P., **165**, **861**.
Brush, E. J., **295**.
Bryan, J. H., **12**, 206, 261, 321, **340**.
Bryce, Peter H., 212, **778**.
Bubola **909**.
Buchanan, G., **775**.
Buchanan, R. N., **39**, **421**.
Buchner 356, **835**.
Buckingham, E. M., **913**.
Bücking 33.
Buisseret **402**.
Bulloch **474**.
Bulson jr., A. E., **461**, **703**.
v. Burckhardt **430**, 524.
Burger, H., 55, **107**, 109, **129**, **334**, 344, **345**, **763**, 796.
Burghart **126**.
Burn-Murdoch **404**.
Burnett, Charles H., 185, **205**.
Burnevich **407**.
Burnie, W. Gilchrist **183**.
Burton **157**.
Burton-Fanning, F., **360**.
Buscarlet 581.
Buschke **169**.
Bush, P., **795**.
Buss **929**.
Butin **92**.
Butler, W. K., **467**.
Butlin, H. T., **229**, 267, 271, 561, 611, 617, 619, 620, **737**, 748, 749, 750, 751, 869.
Buttersack **574**.
Buys, E., **604**, 933.

C.

C., J., **594**.
Cabanes **641**, **691**, **910**.
Cadéac **731**.
Cadell, F., **517**.
Cadier **597**, 743.
Cagney, James, **363**, 825.
Caillé, A., **529**, **584**, **721**, **787**.
Caird, J., **253**.
Caird, F., **586**.
Calabrese **980**.
Caldwell, Geo W., 18, **106**, **109**.
Calot **896**.
Calthrop, E., 899.
Cambana **37**.
Cameron, Hector, **479**.
Campbell, E. B., **299**.
Campbell, Colin, **567**.
Campbell, Harry, **450**.
Campbell, W. Macfie, **548**.
Campeanu, M., **776**.
Campenni **636**.
Canaby **831**.
Cannieu **902**.
Canon **357**.
Cantieri **579**.
Caparet **793**.
Capart 934.
Capdepont **764**.
y Capo, A. Espina, **724**.
Capp, W. M., **888**.

Card, A., **718**.
Card, A. H., **588**.
Cardarelli **730**.
Cardone **980**.
Carleton, C. G., **756**.
Carnalt, W. H., **428**.
Carpenter, G., **711**.
Carpenter, H. B., **542**.
Carpenter, J. S., **645**.
Carr, Walter, 528.
Carslaw, James, **922**.
Carslaw, T. H., **956**.
Carstens **790**, **903**.
Cartaz, A., 45, 48, 108, **114**, **465**.
Carter, W., **695**.
Cartwright, S. S., **464**.
Cary **483**.
y Casadesus, Roquer, 57.
Casazza **116**.
Casello, J. B., **788**.
Caspari **75**.
Casselberry, W. E., 254, 255, 455, 673, 679, **706**.
Castanneda, R., **652**.
Castelain **131**.
Castex 46, 47, **283**, **285**, **391**, **453**, **660**, **699**, 743, 744, 745, **896**.
Cathcart, C., **901**.
Cathell, W. J., **275**.
Catlin, Arnold W., **721**.
Catrin **532**, **650**, **914**.
Catti 50, 51, **242**.
Cattie, J. Th., **366**.
Caudwell, E., **415**.
Cauter **494**.
Chabory, F., 46, **70**, 744.
Chabry 847.
Chaffee, George, **985**.
Chaillon, A., 409, **714**, **715**, **847**.
Chalmers, A. K., **354**.
Chambellan **215**.
Chamberlain, F. J., **404**.
Championnière 102.
Chancellor, C. W., **720**.
Chancy 763.
Chaplin, Arnold, **798**.
Chapman, C. W., 363.
Chapman, Hartwell, 207.
Chapman, W. Carroll, **292**, **352**, 528.
Chappell, Walter J., **162**, **175**, **395**, **471**, 508, 545, **580**, **631**, **918**.
Chapuis, P., **397**, **398**.
Chaput **692**.
Charcot 370.
Charon, E., **415**, **480**.
de la Charrière, Ladreit, **391**.
Chase, J. O., **521**.
Chathell, W. T., **100**.
Chauffard **77**.
Chauveau **62**, **231**.
Chauvel **454**.
Chavasse 736.
Cheatham, W., **896**.
Chéron, Paul, **80**.
Chervin **349**, **772**.
Cheval **14**, **84**.
Chevalier 371.
Chiari, H., **100**, 156.
Chiari, O., 49, 50, 51, 52, 54, 56, 108, **228**, **284**, 376, 378, 381, 384, 385. 386, **487**, **536**, 596, 728, 784, **793**, **855**, 856.
Chibret **928**.
Chlodowski, J., **579**.
Chrishe, W., **718**.
Christiani **308**, **600**, **925**.
Cimmino **509**, **510**, **511**.
Claisse **968**.
Clar **392**, **958**.
Clark **405**.
Clark, H., **36**, **580**.
Clark, F., **848**.
Clark, B. F. R., **818**.
Clark, J. E., **297**.
Clark, J. P., 917.
Clark, M., **626**.
Clark, Horace, 192.
Claude, H., **918**.
Clément, Georges, **826**.
Cleveland, A. H., **351**.
Clever 110.
Clifford, E. L., **771**.
Cline, Lewis C., **391**, **510**, **637**.
Clubbe, Charles P. B., **81**.
Cnopf, Rudolf, **82**, **302**.
Coates **212**.
Cobb, J. C., **15**, 316, 319.
Coculet, A., **795**.
Coën, R., 57, **663**, **995**.
Coffron, W. H., **351**.
Cogill, H., **910**.
Cohn **359**.
Cohnstädt **216**.
Cole, G. L., **530**.
Cole, W. C., **711**.
Colin **231**.
Colla **835**.
Collet **655**, **659**.
Colley **600**.
Collier, Mayo, 147, **197**, **336**, **576**, 809, 810, 811, **825**.
Collsen **107**.
Combe 46, **996**.
Comby **735**.
Compaired, C., **71**, **124**.
Concetti **27**.
Conner, P. S., **898**.
Constade **397**.
Constant 455.
Coolidge, A., **696**.
Coppez, H., **960**.
Coradeschi **704**.
Corbin, T. W., 32, **494**.
Corbin, J. C., 872.
Cordua **91**.
Cordwent, Geo, **118**.
Corradi 57, **468**, **513**, **636**, **920**.
Corwin 464.
Costanzo **433**.
Cotterell, E., 581.
Cotteril, J. N., **407**, **427**, **469**.
Cotton 464.
Couetoux **72**.
Councilman, W. T., **180**.
Coupard 168.
Courmont 524, **525**, **705**.
Cowgill, W. M., **252**.
Cowles, W. N., **312**.
Coxwell, C. J., **662**.
Cozzolino, V., 55, **102**, 108, **509**, **513**, **628**, **629**, **692**, **980**.
Crago, W. H., **81**.
Craig, J., **493**, **602**.
Cramer **516**.
Crandall, F. M., **784**.
Crary, Geo. W., **40**, **252**, **495**, **803**.
Creed, T. M., **104**.
de Crésantigues **715**, **716**.
Creswell, W., **688**.
Crick, L., **483**.
Crisp, Ernest H., 621.
de la Croix 418.
Crommelin, C. E., **486**.
Cromwell, B. M., **915**.
Crone **726**.

Cronyn, John, **782**.
Crook, James K., **492**.
Croos, B., 883.
Crossfield, Fred. S., **422**.
Culbertson, J. C., **121**.
Culkin, J. R., **180**.
Cumow, John, **118**.
Curnston, C. G., **729**.
Curtin, Roland G., **330**.
Curtis, B. Farquhar, **193**, **228**.
Curtis, H. Holbrook, **15**, 323, 324, 325, **366**, 735.
Curwen 661.
Cuthbert, W. H., **914**.
Cuvillier **124**.
Czemetschka **784**.
Czerny 228, 230, 383.

D.

Daae, H., **693**, **759**, **960**.
Dabney, S. G., **130**, **172**.
Dabney, Wm. C., **412**.
Daguanno **458**.
Dale, W., **649**.
Daly, W. H., 181, 352, **456**, **628**, 675, **767**.
Dalziel 491.
Damieno 49, 56.
Danysz. J. J., 589.
Danziger **829**.
Dardignac **405**.
Daret **112**.
Darlison, James, **713**.
Dausac, Michel, **16**, **36**, **188**, **727**.
Dauzac 115.
Davesac **77**.
Davidsohn 108, 109.
Davies, Arthur, **202**.
Davies, J. C., **988**.
Davies, Sidney, **178**.
Davis 225.
Davis, E. J., **525**.
Davis, G. E., **704**.
Davis, Arthur, 528.
Davis-Colley, N., **350**.
Davison 561.
Davison, D. T., **136**.
Dawen 225.
Dawson, W. W., 131.
Deale, H. B., **851**.
Debersacques, Ch., 405, **497**.
Debove **493**, **549**.
Dedieu **822**.
Delap, S. C., **172**.
Delasalle, Paul, **307**.
Delavan, D. Bryson, 255, 256, **277**, 319, 321, 322, 323, 326, **452**, 672, **691**, **894**.
Deléage **667**.
Delie **455**, 742, 933.
Delmas **902**.
Delotte 982.
Delstanche 162.
Delthil **589**.
Dembinski, T., 83.
Demme 94, 557.
Denison, C., **459**.
Depage **515**.
Deschamps **30**.
Deshayes **114**.
Detwiler, B. H., 528, **645**, **648**.
Diamantberger **331**.
Dickey, W. A., **294**, 712.
Dickinson, G., **211**.
Dickson, Char. H., **799**.
Didsburg **992**.
Didsbury, G., **281**.
Diederichs **91**.
Dieulafoy **426**.
Dill, J. J., Gordon, **309**.
Dionisio 50, 52, **69**, **695**, **894**.
Dixon, W. A., **179**.
Djémil bey **666**.
Dmochowski, Z., **163**, 467, **632**.
Dmokowski 467.
Dobrowolski **433**.
Dobson **410**.
Dodd, A., **455**.
Dodge, J. R., **656**.
Dollinger **389**.
Donath **31**.
Donelan, James, 618.
Donelson, C. P., **242**.
Donnelly, W., **757**.
Dor, L., 168.
van Dort, T. Broes, **286**.
Douglas, O. B., 283.
Douillet **301**.
Downie, Walker, **190**, 301, **436**, **465**, **695**.
Doyle 225.
Draer, Arthur, **644**.
Draispul, A., 498.
Drasche 843, **844**.
Dreschfeld, H. J., **228**.
Dreyfus 801.
Dreyfuss **215**, 938, 1001.
Dubois-Havenith **773**.
Dubousquet-Laborderie 111, 170.
Du Castel **465**.
Ducloux **642**.
Dudefoy **35**.
Dürr **652**.
Dulurch **649**.
Dumont 289.
Duncan, J. J., **360**.
Dunham, E. K., 191.
Dunlop, G. H. M., **40**.
Dunmire, G. B., **180**.
Dunn, T. B., **273**.
Dunn, L. A., **898**.
Dunn, W. A., **106**.
Dunn, John, **66**, **219**, **456**, **576**, **689**, **761**, **768**.
Dunogier **21**.
Duplaix, S B., **168**.
Duplay **103**, 458.
Dupré **968**.
Durand, C. J., **296**.
Durante **544**.
Durdufi, G., **547**.
Duret 775.
Durham, E. A., **71**.
Durham, H. E., **211**, 921.
Durno, L., **586**.
Duthie, E., **983**.
Dutt, A., **455**.
Dzierzawski, B., **897**.

E.

Eastes, T., **414**, 877.
Eastman, J. B., **921**.
Eaton, J. B., **516**, **655**.
Eaton, P. J., **990**.
Eberle **450**.
Eberson, J. H., 863.
Eddison **42**.
Edgren **121**.
Edson, C., **232**, 233, **987**.
Edwards, E., **984**.
Eeman 931.
Egidi 53, 57, **634**, **980**.
Egloff, Aug., **313**, **435**.
Ehrlich, P., **356**, **414**, 454. 586.
Ehrmann **230**.

Eickenbusch, H., **227**, **405**.
Eigenbrodt **79**.
v. Eiselsberg **544**.
Eisenmenger **350**, 382, **383**.
Eisenschitz 306, 329, 407.
Eldar, A. M., **797**.
Elias, J., **899**.
Eliot, J., **483**.
Elliot, W., **984**.
Ellison, S. K., **277**.
Eloy, Ch., **531**, **917**.
Elsenberg **725**.
Emerson **777**.
Emmerich **835**.
Engelhardt **116**.
Engelmann, Rosa, **119**.
Engelmann, V., **336**, 339.
Englund, Nils, **912**.
Engstrand, G., **783**.
Enriquez **803**.
Eppinger 52.
van Ermengem 407.
Eröss, Jul., **794**.
Erwin, A. J., **597**.
Escat **631**.
Escherich 87, 463, **526**.
v. Esmarch **906**.
d'Espine **845**.
Estabrook, E. L., **459**.
Estien **397**.
Etienne, G., **625**, **893**.
Eudlitz **769**, **891**.
Eulenburg, A., 362, **370**.
Eulenstein 141, 143, 144.
Eve, F., **227**.
d'Evelyn, F. M., **136**.
Ewald 329, **403**, **604**, 802, **805**.
Ewald, C., **546**.
Exner, S., 128, 536.
Eymonnet **859**.

F.

Faber **145**, **836**.
Faisans **76**, 773.
Fargular **984**.
Farlow, John W., 259, 283.
Fasano, A., 54, **657**.
Federici **645**.
Feer **440**, 582.
Feige, O., **532**.
Félizet **102**, **736**.
v. Felix **291**.
Fellows, C. G., **218**, **631**.
Felsenthal **823**.
Fenger 253.
Ferber 569.
Feré, Ch., **127**.
Fernet 288.
Ferran, Jaime, **850**.
Ferrand **661**, **688**.
Ferreri **241**, **486**, **766**.
Ferroud, P., **305**, **481**.
Feulard, H., **74**.
Ficano **570**.
Fiedler 288.
Field, F. H., **410**.
Filatow 21.
Finlayson 97, **606**.
Finley 538, **732**.
Finny 225.
Fiquet, P. E., **592**.
Fischenich, Fr., 143, 144, 145, 331, 1001.
Fischer **192**, 193, **652**.
Fischer (Breslau) **368**.
Fischer, L., **294**, 478, **851**.
Fischer, Louis, **474**, **719**, **720**, **988**.
Fisher, A. W., **645**, 921.
Fisher, V., **984**.
Fitch, W. E., **278**.
Fitzgerald **350**.
Fitzgerald, J. N., **130**.
Fitzgerald, O. D., **294**.
Fitzpatrick, Chas. B., 987.
Fitzpatrick, T. V., **313**.
Fitzpatrick, Louis, **527**.
Flatau, Th. S., 56, 93, 94, 557, 558, 608, 609, **634**, **671**, 866.
Fleischmann **902**.
Fleming 301.
Flexner, Simon, **905**.
Fliess **825**.
Flöystrup, A., **39**.
Flügge **472**.
Flynn, E., **983**.
Foderl **969**.
Follin 539.
Forbes, C., **568**.
Forcheimer, F., 579.
Forgue **454**.
Forslund, Joh. A., **478**.
Fortunato 57.
Foster, H., **537**, **969**.
Foster, M. L., **459**, **984**.
Foster. Romulus A., 852.
Fournier 225, **831**.
Fowler, J. K., 567.
Fowler, Kingston, 288, **639**.
Fowler, P., **718**.
Fox, Hingston **111**.
Fraenkel 170.
Fränkel, A., **306**.
Fränkel, B., 48, 54, 86, 92, **132**, 343, **423**, **486**, 557, 609, 610, 617, **791**, **793**, 866, **943**.
Fränkel, C., 850, **906**.
François, F., **387**.
Frank **694**.
Frank, J., **516**.
Franke, G., **568**.
Frankel **539**.
Frankowski, W., **828**.
Franks, Kendal, **338**, **374**, **736**, **768**, **963**.
Fraser, C., **983**.
Fraser, P., **983**.
Fraser, T. R., **74**, **277**, **411**.
Fraser, W., **848**.
Frazer, R. J., **183**.
Frèche **771**.
Freeman, W. F., **68**.
Freeman, W. J., **696**.
Freeman, J. Williams, **587**.
Freiberg, A. H., **199**.
French, J. R., **116**.
French, Thos. R., **512**, 675, 678.
Frese, Carl, **852**.
Freudenthal, W., **103**, **219**, **723**, **820**.
Freund, H. H., **988**.
Frew **848**.
Friedrich 836.
Frish. R., **718**.
Fritts, J. R., **627**.
Froeckaert **20**.
Frölich **33**.
Froelich, R., **435**.
Frosch 28.
Frost, Jon, **479**.
Frühwald **543**.
Fuchs, W. H., **303**.
Fürst, L., **585**, **958**.
Fullerton, Robert, **219**, **220**.
Funck, M., **415**.
Funk **529**.
Furing **213**.
Fyffe, W. K., **689**.

G.

Gairdner 39.
Galatti **298**, **299**.
Galippe **578**.
Galisch **545**.
Galloway, W. A., **237**, **987**.
Galtier, V., **400**.
Gáman **86**.
Gamba **85**.
Gamgee, L., **916**.
Gangolphe, Michel, **88**.
Garel, J., **16**. 45, 46, 53, 55, 57, 521, **655**, 743, **766**, **776**.
Garnault 52, 895.
Garré, C., **432**.
Garrod, A., **803**.
Garvino, Angel, 317.
Gaston **773**.
Gaube **23**.
Gaucher **161**.
Gauthier 491.
Gay, William, **235**, 475.
Gayton, W., **529**, **713**.
Gazzia 57.
Geffrier **134**.
Gegenbaur **227**, 238, 533.
Gellé **43**.
Gemmell, J., **606**.
Gemmell, Samson. **421**.
Genersich **779**.
Gentile **38**.
Gérard, J., **214**.
Gèraud **111**.
Gerber **209**, **398**. 455, **571**.
Gerhardt, C., 361, 659, 661, 705, 865, **989**.
Gerlach **69**.
v. Gernet, R., **545**, **546**, **549**.
Geronzi **774**.
Gerster, A. P., 43.
Gesche **34**.
Getchell, A. C., **698**.
Gevaert, Ch., **480**.
Gibb, J. S., **161**, **215**, **693**.
Gibson, G. A., **197**.
Gibson, J. Lockhart, **922**.
Gies **210**.
Gilbert 371.
Gillam, J., **984**.
Gillet, H., **480**, **533**.
Ginsburg, J., 531.
Gioffredi **656**.
Giorgi **430**.
Giraudeau **453**.
Glasgow, Wm., C., 207, **519**, **520**, 677.
Glassington, C. W., **111**.
Glax **862**.
Gleason, E. B., **111**, **895**.
Gleason, W. S., **720**.
Gleitsman, J. W., 254, **469**, 678, 679, **919**.
Gley, E., **39**, **731**.
Glissan, B., **483**.
Glover, J., **138**.
Gluck **430**.
Gmenberger **506**.
Gnändinger **838**, 842.
Godart **490**.
Godefroi, M. J., **593**.
Godfrey, E. L. B., **297**.
Godfrey, F., **587**.
Godfrey, G. C. M., **821**.
Godlee 294.
Göbel **834**.
Göppert, E., **238**, 533.
Goethe 572.
Goffin **414**.
Goldflam 274.
Goldschmid 385.
Goldschmidt, D., **789**.
Goldstein **455**.
Goldstein, M. A., **721**.
Goldstein, Samuel, 581, **629**, **895**.
Goler, G. W., **582**.
Gomperz **457**.
Goodall, E. W., **294**, 528, **588**, **639**, **848**, **911**.
Goodall, F. W., **718**.
Goodhall **354**.
Goodwillie 333, 598.
Gordon 498.
Gordon, John, **309**.
Gordon, C., **716**.
Gordon. Gertrud, **835**.
Goris, Ch., **454**, 932.
Gornall, J., **984**.
Gorokow, D., **167**.
Gossage, A., **984**.
Gottheil, W. S., **277**.
Gottstein, A., **29**.
Goubeau 788.
Gouguenheim, J., **16**, 53, **126**, **138**, **170**, 291, **291**, **302**, **456**, **465**, 511, **627**, **636**, **702**, **726**, **767**, **892**.
Gouley 191.
Goumy **78**.
Gouteau 531.
Gowan, B. C., **928**.
Grabner **478**.
Grabower 610, **766**.
Gradenigo 57, **392**, **453**, **465**, **691**, **796**, **772**.
Gradle **890**.
Graham **517**.
Grallan **159**.
Grana, G., **645**.
Grand **391**.
Grant, Dundas, 97, 98, 264, 270, 558, 562, 611. 613, 614, 615, 620, 809, 810, 811, 869, 883.
Granville 156.
Grawitz, E., **659**.
Gray **797**.
Grayson, Chas P., **191**.
Grecq, D. N., **517**.
Greenfield, W. S., **247**.
Greenley, J. B., **353**.
Greet, W. A., **297**.
Gregor, G. D., **336**.
Grelet **276**.
Greliche **393**.
Grellety, M., **214**.
Grevers, John E., **349**.
Griffin, E. Harrison, **164**, **343**, **901**.
Grigoriew, W., **913**.
Griswold, E. S., **785**.
Grjasnow, A., **177**.
Grón, K., **734**.
Grónbech, A. C., **575**, **768**.
Gross 134, **435**.
Grossmann **306**, **376**, **377**, 378, 383, 386.
Grossmann, Michael, **797**.
Grosvenor **929**.
Ground, V. E., **304**.
Grube, Karl, **667**.
Grube, R. H., **408**.
Gruber, Max, **842**.
Grünwald 108, **160**, **161**, 204, 339, 342, 345, 396, **438**, 937, 939, 957, 1000, 1003.
Grützner 501.
Guder **794**.
Guelpa **712**.
Guement **107**.
Günther **86**.
Guépin, A., **175**.
Guerin, Alph., **68**.

Guerlain 549.
Guert 921.
Guesdron 728.
Guhl 491.
Guibert, M., 573, 746.
Guida **389**.
Guilpin, F., **883**.
Guinard **731**.
Guiteras, Ramon, **330**.
Gurney, H., **864**.
Gustinelli **640**.
Guthrie, Z. G., 783.
Guthrie, Leonard, 362, 912.
Gutsche **460**.
Guttmann **76**.
Gutzmann, H., 368, **671**, **993**, **994**, **995**.
Guye **456**, 570, 932.
Guye, A. A. G., **770**.
Guyot **80**.
Gwynn, Edward, **117**.

H.

de Haan, J., **592**.
Habel **834**.
Haberda 329.
Habershon, S. H., 959.
v. Hacker **253**, **278**, **372**, **374**, **550**, **929**.
Haddon 277.
Haeckel **389**.
Hagen **583**.
Hagenbach **303**, **845**.
Hagen-Torn, I., **546**, **791**.
Hager **415**, **592**.
Hahn **89**, 193, 253.
Haiech **689**.
Hailes, Wm., **481**.
Hajek, M., 15, 56, 108, **160**, **161**, **243**, **339**, 376, 378, 381, 383, 384, 385, 420, **515**, **577**, **625**, 697.
Halák, Heinrich, **577**.
Halasz **86**, **501**.
Hales, Wm., **924**.
Hall, I. M., **120**.
Hall, F. de Havilland **230**, 265, 266, **437**, 612, 613, 618.
Hallopeau **115**.
Hamburger **14**.
Hamer, A. A. H., **401**.
Hamilton **718**.
Hamilton, I. K., **520**.
Hamilton, T. K., **287**, **456**.
Hamilton, I. R., **582**.
Hamilton, D., **905**.
Hamilton, R., **983**.
Hamilton, C. H., **476**.
Hamilton, H. D., **224**, **348**, **351**, **640**.
Hamilton, John, **914**.
Hamilton, Wm. D., **252**.
Hammond 250.
Handford, H., **118**.
Handler **837**.
Hani, W. I. **181**.
Hanquet **388**.
Hansemann 558, 904, 906.
Hansen **110**.
Harbin, R. M., **124**.
Hardie **210**, **211**, 406.
Hardman, W., **848**, 905.
Hare, H. A., **913**.
Harold, I., **605**.
van der Harp **593**.
Harris, T., **771**, **921**.
Harrison, G. B., **990**.
Hart, Ernest. **587**.
Hartley, Arthur C., **202**.
Hartmann **818**.
Hartmann, Arthur, 139, 381, **468**.
Hasche **912**.
Haslam, W., **626**.
Hathaway, H., **528**.
Hauck, L., **790**.
Haushalter **625**.
Hausmann **346**.
v. Haven, Chr., **909**.
Hawthorne, C. O., **235**, **957**.
Hayden, H., **983**.
Hayem **214**.
Hayward, G. M., **519**.
Healey, C. W. R., **102**.
Healey, Jos. S., **988**.
Heard, E. N., **302**.
Heaton, G., **856**.
Heckel **977**.
Hedderich 888.
van D. Hedges, B., **789**.
Hefelmann **287**, 452.
van der Heide, W., **278**.
Heim **840**, 843.
Hélary, Louis, **16**, **37**, **627**.
Helbing, H., **14**, 145, **277**.
Helferich **893**.
Heller 393, **707**, **835**.
Heller, Adolf, 385.
Heller, I., **774**.
Hellier, John B., **251**.
Hellmann 939.
Hellström, G., **779**.
Helme **171**, **626**, **636**.
Helme, F., **487**.
Helvie, C. A., **785**.
Henecque 921.
Hennig **158**, **781**.
Henrohay **429**.
Herlofsen, Th., **450**, **4**…
Hermann, A., **668**.
Hermanides, S. R., **2**… **504**.
Hermet **964**.
Herrold, R. H., **522**.
Herskind, E., **734**.
Hersman, C. C., **475**.
Hervouet **107**.
Heryng, Theodor, **37**, … 53, 54, 55, **133**, **242**, **24**… 597, 598, **724**.
Herz **365**.
Herzberg **20**.
Herzfeld **15**, 92, 93, 94, … **290**, 334, **339**, 557, … 608.
Herzog (Graz) **156**.
Herzog, Maximilian, **1**…
Hess, Karl, **512**.
Hesse, B., **120**, 904.
Hessler **964**.
Heubner, O., **358**.
van Heukelom, D. E. Siegenbeck **389**, 670.
Hewetson, Bendelak **96**…
Hewlett, R. T., **958**.
Heyhmann, W. R., **52**…
Heymann **101**.
Heymann (Kolmar) **3**… **662**.
Heymann, P., 94, **102**, **33**… 376, 379, 557, 558, **59**… 608, 609, 865, **901**, 93…
Hezel **249**.
Hicguet **464**, **484**, **514**, **5**… **572**, **767**, 932.
Hickinbotham, R., **984**.
Higgins, F. W., **816**.
Higguet **421**.
Hildebrand **506**.
Hill 268.
Hill, W., 615, 622, 8… 883.
Hill, W. H., **602**.
Hillis, John D., **72**.
Hippius, A., **359**.

Hirschberg, L., **733**.
Hirschfeld 206.
Hislip, I.; **730**.
Hitzig **430**, **601**.
Hjelmmann, I. W., **705**.
Hobbs, Arthur G., 318.
Hobes, A. G., **300**.
Hobbs **222**.
Hoch, W. R., **632**.
Hodges, I. A. 78.
Hodgetts, Chas. A. 782.
Hodsdon, G., 858.
Höring **915**.
van der Hoeven jr., I., **594**.
van 't Hof, L., **927**.
Hoffa **24**.
Hoffmann **313**.
Hoffmeister, F., **428**.
Hofman **13**.
Hofmeister **308**.
Hofmokl **131**.
Hollis **589**.
Holloway, W. G., **285**, **575**, **576**.
Holmden, I. A., **62**.
Holmden, Surgeon Capt., **350**.
Holmes, B., **999**.
Holt, L. E., **296**.
Honeyburne **984**.
Hopkins, I. E., **596**, **963**.
Hopmann 54, 55, **136**, **396**, **399**, **631**, **690**.
Hoppe **977**.
Horne, I., 718.
Horning, D. W., **409**.
Horsley, V., 129, 195, 365, 664.
Houdé **101**.
Houdeville 68.
Hovell, Mark, **864**.
Howard, W. T., 784.
Howatson, C. W., **33**.
Howie, I. C., **804**.
Howitz 664.
Hryntschak **841**.
Hubbard, Dwight L., **103**, **231**.
Hubbard, Thomas. **824**, **854**, **912**.
Huber, F., **283**.
Hubert, Z., **413**.
Huchard **654**, **991**.
Hudelo **507**.
Hudnut, I. P., **172**.
Hue **102**.
Hürthle, K., **369**, **371**, **489**.
Huetlin **105**.
Hughes, A., **956**.
Hughes, D., **587**.
Hulke, I. W., **226**.
Hullah 661.
Hunt **727**, **857**, 921.
Hunt, M., **184**, 188, **311**, 657.
Hunt, B., **983**.
Hupp, F. L., **453**.
Huselton, W. S., 416.
Hutchinson, Jonathan, **20**, **220**, 261.
Hutinel **785**.
Hutton, H., **726**.

I. J.

Jaboulay **125**, 664, **667**, **733**, 898.
Jaccoud **463**, 702.
v. Jacksch 156, 862.
Jackson, Geo T., **311**.
Jacob **706**.
Jacobi, A., **353**, **410**, 529.
Jacobson **845**.
v. Jacobson **977**.
Jacoby **823**.
Jacowlew, S., **519**.
Jacquement **804**.
Jacquin **725**.
de Jager, L., **160**.
Jakins **920**.
Jakowski, M., **780**.
James, R. B., **649**.
James, W. Dale, **548**, **602**.
Janowski, W., **845**.
Jansen 345.
Janssen, H. A., **542**.
Jaques, W. K., **298**, **648**.
v. Jaruntowski **600**, **967**.
Jarvis **206**.
Jawczynski 580.
Jay **275**.
Jay, Frank W., **900**.
Jayle, F., **625**.
Jeaffreson, C. S., **248**.
Jean 524.
Jeannel **83**.
Jeanselme, E., **115**, **247**, **926**.
Jelenffy 128, 501.
Jenner 178.
Jennings, C. G., **159**.
Jensen, P. C., **71**.
Jeremitsch **859**.
Jerwant, A., **694**.
Jessop 614.
Iljin, N., **966**.
Immerwol **735**.
Ingals, E. Fletcher, **170**, **303**, 314, 322, 323, 324, 326, **424**, 464, **574**, **627**, 680, **828**.
Inglis, D., **647**.
Joal 47, 111, **365**, **660**, 745, **776**, **922**.
Joannu, E. P., **728**.
Joffroy **733**.
Johannessen, A., **978**.
Johnson, F. S., **372**.
Johnson, M. M., **645**.
Johnson, Walter B., **640**.
Johnson, Sir George, **118**, **178**, **292**.
Johnston, C. H., **910**.
Johnston, George I., **248**, 493.
Johnston, Samuel, 258.
Joire **990**.
Jollye, F., **757**.
Jones, Bence, 279.
Jones, I., **526**, **530**.
Jones, R., **799**.
Jones, Talfourd, **246**.
Jones, W. S., **458**, **792**.
Josephsohn **917**.
Josias **689**.
Jost **286**.
Jourouschi **825**.
Josai, A., 499, 500.
Jowin, I. W., **361**.
Isaia 56.
Israelsohn 832.
van Iterson, I. E., 226, **593**.
Juchel-Renoy **331**.
Juffinger 384, 386, 566, **855**, 894.
Jullien 214.
Jung **452**.
Jungblut, H. C., **219**.
Jurasz 140, 143, 162, 739, 935, 939.
Jury, J. O., **698**.
Juvara **960**.
Ivins, H. F., **171**.
Iwanicki, St., **897**.

K.

K., X., **635**.
Kaarsberg **165**.
Kafemann **105**, **662**, 824, 917, 919, 961.
Kahn, Max, **552**, **633**, 937.
Kahsnitz 143, 145, 146, 939, 1002.
Kalischer, O., **454**.
Kanellis, Sp., **80**.
Kanthack, A., 269, 870.
Kantorowicz **64**.
Kapff **646**.
Kaposi 11.
Karlinski **837**.
Kassowitz 837, **841**, **842**.
Kast **307**.
Kastner **894**.
Katz **357**, 591.
Katz, O., **414**.
Katzenstein, I., 93, **536**.
Kayser **368**, 381, **537**, 568, **699**, 819.
Keatley 264.
Keen **203**.
Keiper, Geo F., **281**.
Keimer **724**.
Kelling **435**.
Kellog **914**.
Kellog, I. B., **346**.
Kellog, E. W., **651**.
Kelly, Brown, **468**.
Kemble, Harry, **863**.
Kemper, G. W., **482**.
Kerh, S. S., **364**.
Kerley, C. G., **361**.
Kernig 418.
Kerr, J., **329**.
Kiär, G., **801**.
Kidd, Percy, 266, 269, 751, 868.
Kieninger **862**.
Kiffen, I., **926**.
Kijewski, Fr., **427**, **635**.
Killian, G., **101**, 108, **133**, **758**, 935, 939, 1001, 1003.
Kimball, R. B., **251**.
King, H. M., **763**.
King, W. H., **43**.
Kinnicut **90**.
Kirchgässer **899**.
Kirillin, A., **702**.
Kirk **311**, **312**.
Kirkpatrick **627**.
Kirmisson **307**, **730**.
Kirstein, A., 608, **853**, 935.
Kjelman, F., **279**.
Klebs, E., **296**, **651**, **785**.
Klein 234.
Klein, Alex., **846**.
Klein, E., **717**.
v. Klein 57.
Klemperer, F., 936, 940, 943.
Klemperer, G., **373**, **435**.
Klingel **113**, **338**, **392**.
Klosser, G. H., **847**.
Knaggs, Lawford, **267**.
Knap, I. I., **301**.
Knapp, H., **282**, 883.
Knight, Cl. H., **536**, **538**, 676.
Knight, F. I., 256, **284**, 678.
Knight, I. G., **536**.
Knopf, H. E., **32**, 237.
Knyk, D. A., **570**.
Kobler **424**, **923**.
Koch, P., 57, **483**, **537**, **550**, **726**, **730**.
Koch, Karl, **286**.
Kocher 193, **202**, 228, 229, 581, **663**, 997.
Kockel **904**.
Köhl **303**.
Koehler, F. W., **122**.
Kölliker 897, **898**.
König 228.
Koerner, O., 899.
Körte **899**.
Körte, W., 357, **863**.
Kohler, B. R., **413**.
Kohn 329.
Kohn, E., **407**, **408**.
Kohn, S., **220**.
Kohts **975**.
Kokkinotes, I., **703**.
Kolaczek 83.
Kolisko **843**.
Kolle **909**.
Kollmann, A., 144, 836.
Kondrevetzky **177**.
Kooperberg, Ph., **594**.
Koplik, Henry, **409**, 529.
Koral, A., **909**.
Korteweg, I. A., **532**.
Koschier, **83**, 383, 384, 386, **482**, **855**.
Koser, S. S., 321.
Kosinski 425, 427.
Kossel, H., **356**, **414**, **416**, 586.
Kostanecki 669.
Kostenko, P., **33**.
Kowalski, H., **786**, **845**.
Kraepelin **39**.
Kraft, I. E. L., **452**.
Kramsztyk, J., **87**.
Krasnobaew, T., **700**, **795**.
Kraus **115**.
Kraus, Ed., **837**.
Kraus, Eug., **194**, 195, 858.
Krause, H., 128, **421**, 598.
Krauss, W. C., **136**.
Krawtschenko, I., **773**.
Krebs **964**.
Krecke **520**.
Kreidl, Alois, **495**.
Kretschmann **831**, **892**.
Krieg **422**.
Kröhl **450**.
Krönlein **192**, 193, **313**.
Kromayer **453**.
Krückmann, Emil, **775**.
Krug **346**.
Krynski 581.
Küchler **127**.
Küer, G., **703**.
Kümmell 250.
Küster, E., **692**.
Küthe, F. Ph., **308**, **533**, **846**, **863**.
Kuh, Edward I., **12**, **172**, **592**.
Kuh, Edwin I., **852**.
Kuhn 162, 694.
Kuhnt **551**, 937.
Kulneff **496**.
Kummer **902**.
Kums **788**.
Kundrat 382, 383.
Kunz, S., **516**.
Kunze **771**.
Kupferschmied, A., **663**.
Kupidonow 497.
Kuprianow, I., **713**.
Kutscher **409**, **911**.
Kuttner, Arthur, **332**, **554**, **793**, 972, **1005**.
Kyle, D. Braden, **217**, **629**, **827**.

L.

Labbé **159**.
Labit 46, **115**.
Laborie **656**.
Lacoarret, L., **16**, 45, **68**, **72**, **510**, **511**, **595**, **694**, **700**, 746, **816**.
de La Croix **13**.
Laese **537**.
La Fevre, E. B., **566**, 828.
Lagoutte **774**.
Laidlaw, G., **294**.
Lake, R., 559, 611, 613, 614, 749, **917**.
Laker 52, **127**, **221**.
Laman 497, 498.
Lamann **391**.
Lamphear, Annette E., **577**.
Lanagan, Ino A., **988**.
Landes, Leonard, **182**.
Landgraf 92, 94, 866, 867.
Landouzy 170, **590**.
Lane 921.
Lanelongue 641, **776**.
Lange 103, **467**, **977**.
Lange, J. C., **478**.
Lange, Fritz, **23**.
Langendorff 370.
Langes **915**.
Langier **125**.
Langmaid, S. G., **597**.
Langmaid, S. W., 255, 678.
Langner, Carl E., **992**.
Lanz, Otto, 195, 665, **735**, **997**.
Larrabee, Ino. A., **474**.
Larsen, Arnold, **395**.
Lasègne 288.
Laser, H., **644**.
y Lastra, Ramon de la Sota, 207, **646**.
Latham **983**.
Lathuraz **165**, **633**.
Latimer, C. W., 403.
Laurent 933.
Lautenbach, L. J., **230**, **568**.
Lauterbach, L. J., **695**.
Lautier **729**.
Lavrand, H., 47, **575**, **638**, 746.
Law, E., 809, 868, 870.
Lawford, J. B., **30**.
Lawrence, V. E., **412**.
Le Bart, G., **218**.
Le Boeuf **493**.
Lebou **113**, **602**.
Lebou, Gaston, **73**.
Leclerk **655**.
Lecocq 934.
Ledentu 102.
Lederman, M. D., **280**, **282**.
Lediard, H. A., **485**, **732**.
Ledoux-Lebard **707**.
Lee, C., **654**.
Leech, J. F., **479**, **737**, **929**.
Lees 363.
Lees, David, 750.
Lees, W., **718**.
Lefferts, G. M., **14**, 256, **469**.
Lefort 68.
Legendre 835.
Le Gendre, Arsène, **413**, **711**.
Legroux **122**.
Lehmann **859**.
Leichtenstern, Otto, **41**, 136, **311**.
Leistikow **404**.
Lejars **210**.
Leland, G. A., **20**.
Leloir 361.
Lemière, G., **530**.
Lemmer, G. E., **784**.
Lemoine **62**.
Lendon, Alfred Austin, **494**.
v. Lenhossek **772**.
Lenry **469**.
Lens **895**.
Lentz **89**.
Leo **360**.
Leonardi **428**.
Leonhardi **728**.
Leoni **662**.
Leonte 700.
Lépine **590**, **796**.
Lermet **575**.
Lermoyez, Marcel, 108, **154**, **171**, **215**, **242**, **326**, **514**, **576**, **596**, **636**, **769**, **824**.
Leroux **646**.
Leseigneur, Max, **539**.
Lesin, W., **901**.
Lesniowski, A., **763**.
Leszynsky, W. M., **734**.
Letulle **431**.
Leuriaux **541**.
Leutaigne, John, **898**.
Levassort **789**.
Levi, Charles **900**.
Levy **161**.
Levy, E., **32**, 237.
Levy, Ad., **387**, **625**.
Levy, R., **184**.
Levy, Robert, **458**.
Lewin 183.
Lewin, G., **346**, **404**, **774**.
Lewinthal, D. C., **925**.
Lewy **393**.
Leyden **225**.
van Leyden, D., 345.
van Leyden, F., **572**.
Lichtenstein **73**.
Lichtwitz 108, **133**, **514**, **639**, **830**.
Liebe **107**.
Liebmann **994**.
Liégeois **289**, **400**.
Lieven **833**, 889.
Lilienstein **506**.
Lilienthal, Howard, **374**.
Lincoln, R. P., **166**, **184**, 256.
Ling, M., **713**.
Lingen 418.
Linossier **62**.
Lion, G., **544**, **606**.
van Lissa, Ph. K. V., **900**.
Litten **299**.
Little, James, **548**.
Livon, Ch., **348**, **641**.
Lizé 524.
Lockridge, J. C., **123**.
Lodge 147.
Loeb, H. W., **391**, **627**, **696**, 828.
Löwenberg **216**.
Löwenstein **221**.
Löwy, M., **978**.
Logan, James E., 319, 320, 321, 324, **983**.
Logucki 897.
Lohoff **245**.
Loir **642**.
Losio **719**.
Louel **998**.
Loving, S., **170**.
Lowe, Pagan. 877.
Lowman, John H., 319.
Lowrey, J. H., **399**.
Lubet-Barbon 114, 742.
Lubliner, L., 50, **580**, **704**, **891**.
Lublinski 92, 841.
Luc **337**, **784**.

Lucas, Arthur, 267.
Lucatello, L., **34**, **240**, **417**.
Luciani 55.
Lukasiewicz 894.
Lulot, J., **788**.
Lumbau, S., **654**.
Lund, Herbert, **247**.
Lundie, R. A., **136**.
Lunin, N., **417**, **723**.
Lunn, W., **135**.
Lutaud **580**.
Luyten, A., **915**.
Lyon **828**.

M.

Mabille **34**.
Mabon, J. S., **304**.
Mac Adam, R. L., **372**.
Mac Ardle **525**.
Mc Bride, P., **99**, 173, 265, 268, 314, **387**, 507, **607**, 750, 751, 752, 880.
Mac Call Anderson **689**.
Mac Collom, J. H., **292**, **905**.
Mac Combie, John, **293**.
Mac Coy, T. J., 18, 206, 207.
Mac Creery, J. R., **987**.
Mac Donald, G., **630**, 881.
Macdonald, R. G., **192**, 268.
Macdonald, J., 848.
Mac Dougall, John, **479**.
Macevry, H. J., **710**.
Mac Fadyan, A., 959.
Mac Gahan, C. J., **181**.
Mc Gillicuddy, T. J., **585**.
Mac Gillivrey **899**, **900**.
Mac Gregor, A., **716**, **717**, **984**.
Mac Gregor, P., **575**.
Machell, H. T., **832**.
Mc Ibraish, C. H., **798**.
Mac Intyre, G., 97, 239, **273**, 809, 811, **910**.
Mackay **189**.
Mc Kennon, J. F., **506**.
Mackenzie 206.
Mackenzie, Hunter, **597**, **603**.
Mackenzie, John N., 262, 319, 322, 323, 325, **340**.
Mackenzie, G. H., 595, **915**.
Mackenzie, Morell, 164, 185, 661, 896.
Mackenzie, J. Wallace **67**.
Mackern 749.
Maclaren, P. H., **816**.
Mac Mahon, W. R., **293**.
Mac Neill Whistler 147.
Maddren, W., **32**.
Maethe **349**.
Magnan **524**.
Magnan, A., **705**.
Mahl 376.
Maire-Améro **34**.
Major 206.
Major, G., **162**.
Major, George W., 261.
Malcolm, J., **587**.
Malgaigne 539.
Malherbe **283**.
Maliné **569**.
Manchot **107**.
Mandowsky, L., **449**.
Mandragora **636**, **980**.
Mangin, Georges, **432**.
Manicatide **776**.
Manley, T. H., **131**.
Mann, J. P., **508**.
v. Manteufel, W. Zoege **105**.
Mapes, James J., **985**.
Marais **110**.
Marana **24**.
Marcel **173**, **468**.
Marchand **108**.
Marchandé **283**.
Marcigney **590**.
Marcy, W. H., **638**.
Marie, P., 370, **491**, 549.
Markwald **373**.
Margulies, M., **795**.
Mariner, G. P., **735**.
Marion **404**.
Marotte **656**.
Marquet **431**, **434**.
Marr, H. C., **136**.
Marsey, G., **956**.
Marsh, F., **762**, 810.
Marsh, J., 147.
Marsh, E., **984**.
Marsh, E. L., **984**.
Martha **117**.
Martin, C. T., **251**.
Martin, G., 745.
Martin, L., 409, 454, **714**, **715**.
Martin, B. R., **183**, **914**.
Martin, W. A., **511**.
Martin, Alb., 43, 44, **129**.
Martin, Wm., **14**, **827**.
Martin, William A., **690**.
Martin, Sidney, 294, 528.
Marton-Durr **306**.
Martyn, G., **888**.
Marumo **650**.
Masini 55, 56, 363, 377, 657, **663**.
Masoin, P., **76**, **370**.
Mason, A. L., **119**, **913**.
Massei, F., 50, 52, 53, 56, **403**, **422**, 509, 510, 511, **730**, **981**.
Masselon 746.
Massin, W. N., **770**.
Masters, J. M., **394**.
Masucci 52, 54, **643**, 922.
Matignon **61**, **773**.
Matson, E. G., **851**.
Matweef, A., **626**.
Maude **197**.
Maude, A., **493**.
Maunoury **539**.
Maurel **394**.
Maurel, Paul, **830**.
Maurel, E., **75**, **508**.
Maurel, M., **821**.
Maurice, O. C., **716**.
Maurice, O., **983**.
Mawr, Bryn, **403**.
Maximovicz **331**.
Maxon, Edwin R., **331**.
Mayland 212.
Mayo, W. J., **375**.
Mears, J. E., **166**, **349**.
Medin, O., **915**.
Meijes **348**.
Meisenbach, A. H., 923.
Meli **35**.
Melissinos, D., **702**.
Meltzer, S. J., **987**.
Mendel (Berlin) **604**, **998**.
Mendel **14**, **219**, **241**, **288**, **399**, **404**, **421**, **580**, **744**, **745**, **797**, **824**, **917**.
Mendel, H., **657**.
Mendoza **35**.
Meneau **77**.
Menzies, J. D., **309**, **311**.
Menzies, Duncan, **667**.
Mermet, P., **457**, **903**.
Mermod **344**.
Merrick, S. K., **69**, 314, 316, 323, 325, **537**.
Meslay, R., **431**, **505**, **911**.
Mesny **115**.

Mettenheimer, C., 15, **226**,
Meyer **737**.
Meyer, W., **607**, 683, **965**.
Meyer, Emil, **518**.
Meyer, George, **299**.
Meyer, Edm. **797**.
Meyer, Willy, **253**.
Meyerson, S., 104, 113.
Meyes, W. C. Posthumus, **280**, **348**, **449**, **459**, **763**, 932.
M'Farlane, M., **345**, **520**.
Michael 50.
Michelmore, G., **485**.
Michols, J. E., **516**.
Middeldorpf **601**.
Middleton, G. S., 301, **482**, **802**.
Mikulicz **928**.
Miles 170.
Milla 732.
Millard **74**.
Millard, P. H., **304**.
Miller, H. T., **999**.
Milligan 98, 617, 622, 810, 811, 883.
Milne, J. A., **20**.
Milner, B. Z., **296**.
Milton, H., **638**.
de Minicis **729**.
Mink, P. J., **221**, **231**, 278, 452.
Miot **695**, 743.
Missaglia **31**.
Missim **994**.
Mitchell, Weir., 200.
Mitchell, E. W., **649**.
Mixter, S. J., **999**.
Möbius 491.
Möller **36**, **416**.
Moizard **531**, **585**, **590**, 835, **849**.
Molinié **629**, 745.
Moll **35**, 47, 49, 57.
Moll, A., C. H., **240**.
Moncorgé **510**.
Mondrogora **696**.
Mongardi **460**.
Monnier **805**.
Monod 74.
Monro, T. K., **547**, **972**.
Montalti, A., **660**.
Montaz **522**, **706**.
du Montcel, Tezenas, **80**, **472**.
Monti **840**, 843, **844**.
Moon, W. W., **297**.
Moore, G. W., **70**, 225, **364**.
Morel-Lavallée **73**.
Morelli 499, 931.
Morgenthau, G., **965**.
Morin 997.
Morion, Hans, 734.
Moritz **133**, **920**.
Moritz, S., **769**, **796**, **798**.
Morlin, C., **211**.
Morra, N., **69**.
Morrill, F. G., **851**.
Morris, Henry, **491**.
Morris, W. K., **412**.
Morris, J., **757**.
Morrison, W. A., **916**.
Morse, J. L., **354**.
Morton **78**.
Morton, C., **485**.
Mosan **510**.
Moss, R. E., **399**.
Mossé **116**.
Moty **702**.
Moullin, C. M., **668**.
Moullin, Mansell, **736**.
Mounier 743, **831**.
Mount-Bleyer, J., **782**.
Moure, E. J., **19**, 44, 45, 48, 51, 53, 56, **129**, **281**, **365**, **511**, **571**, **660**, 744, 832, **896**.
Moxham, M. C., **343**.
Muehlbeck, Geo. A., **849**, **852**.
Muirhead **984**.
Mules, P., **589**, **718**.
Mulfarth **72**.
Mulhall, J. C., 257, 259, 261, 263.
Muller **483**.
Mumby 643.
Mummery 224.
de Mund, John T., **236**.
Munger, C. E., **519**.
Munn, L. H., **916**.
Munn, W. P., **179**, **651**, **711**.
Murdoch, Burn, 878.
Murphy, J., **231**.
Murray, G. R., 196, **248**, **286**, 664.
Murray, T. Morris, 324.
Mursin, L., **700**.
Musehold 609.
Mya **904**.
Mygind, Holger, **345**, **732**, **926**.
Myles, Robert C., **19**, **105**, **281**, 375, **514**, **755**, **766**, **768**.

N.

Naegeli-Ackerblom **880**, **968**.
Nagel **691**.
Nammack, Chas. E., **603**.
Nancrede 207.
Napier, Alexander, **202**, **604**.
Nason, E., **899**.
Nasse **819**.
Natier, Marcel, 47, **103**, **458**.
v. Navratil, E., 499, 500, 930.
v. Nencki 355.
Nennebert **960**.
Nesemann **31**.
Neudörfer **837**.
Neuhaus **390**.
Neumann **303**.
Neumann **359**.
Neumann, Jos., **63**, **126**, 386, 501, 502, **535**, **536**, **688**.
Neumayer, H., **534**, **771**.
Neweschin, W., **829**.
Newington, C., **718**.
Newman, E., **667**.
Newman, W. H., **300**.
Newman, David, 185, **186**, 187, 188, **426**.
Newton, R. C., **756**.
Newton, R. S., **372**, **734**.
Niall, W., **713**, **914**.
Nichols, J. E., **114**.
Nicolai, V., **706**, **727**.
Nicolaysen **800**.
Nicoll, James H., **212**.
Niculescu, D., **700**.
Nielsen, L., **201**, 604, **605**.
Nikitin, W., **730**.
Niles, H. D., **202**.
Nilsson, Lars, **908**.
Nixon 375.
Noir **733**.
Nolan, H. Russell, **406**.
Noquet **572**, 744.
Norman, Mc Donald Keith, **33**.
Norregaard, G., **847**.
Northrup, W. P., **540**, **567**, 872.
Notkin **995**, 997.

v. Notthaft **737**.
Novaro 428.
Nové-Josserand **701**.
Nuir **984**.

O.

Oatman, C. R., **281**.
O'Donovan, D., **862**.
O'Duffy **639**.
O'Dwyer, J. P., **123**, **304**, **480**, 875.
Oertel **470**, 854.
Oestreich **307**, 858.
Ogle, C., **195**.
O'Gorman, C., **190**.
v. Ohlen **62**.
Ohlmacher, A. P., **985**, 988.
Okunew, W., **760**.
Oliva **980**.
Oliver 731.
Olivier **982**.
Oltuszewski **126**, **661**.
O'Malley, Austin, **719**.
Onodi, A., 47, 49, **78**, 126, **128**, **274**, 377, 378, **458**, 500, 501, **507**, **690**, 887, 930, 936, **993**.
Oppenheim 524.
Oppenheimer **416**.
Ord, William M., **137**, **201**, **251**, **365**.
Orick **130**.
Orth **177**.
Osler, William, **540**, **802**.
Ostermayer **927**.
Ott **967**.
Otto, R., **70**.
Owen **928**.
Owen, David, **198**, **251**.
Owen, Edmund, 286.
Owen, F. S., **574**.
Ozoux **38**.

P.

Pätiälä, F. J., **40**.
Page **188**.
Page, Chas. E., **569**.
Paget, Stephen, 390, **425**, 640.
Pagliani 283.
Paillard **805**.
Paine, H. S., **805**.
Paladino **88**.
Palleske **998**.
Palmer, E., **660**.
Paltauf, A., 329.
Paltauf, R., 329, 407, 565, **839**, **842**, **844**.
Panné, Albert, **104**.
Panzer 384, **838**, **856**.
Paoli, Pietro, **24**.
Papinio **129**.
Parisot **589**.
Park 233.
Park, J. W., **126**, **290**.
Park, W. H., **190**, **462**, **581**, **708**, **721**, **779**, **782**, **905**, **986**.
Parker, C. A., 620.
Parker, R. W., **118**, 870.
Parkin, A., **211**.
Parrish, C. T. **989**.
Parser, Cecil, **406**.
Parsons, Ralph L., **868**.
Pasteur, W., **818**, 664.
Paterson, A. Gordon, **251**.
Paterson, A. R., **912**.
Paterson, D., **602**.
Patrick, Hugh T., **927**.
Paul **727**, **857**.
Paul, F. T., **469**.
Paul, S., **188**.
Paulsen **897**.
Pavlik **886**.
Pawlowsky, A. D., **457**.
Payne 528.
Peake, E., **984**.
Péan 194, **195**, **546**, 858.
Peck, C. H., **985**.
Peck, J., **12**.
Pegler 615.
Pel, P. K., **998**.
Pepin **170**.
Pepper, Wm., **187**.
Percepied **704**.
Perman, E. S., **406**.
Permewan, W., **657**, 878, **962**.
Peroni **458**, **465**.
Perregaux, G., **590**, **983**.
Perrigaux **849**.
Perry, C., **983**.
Perry, J., **756**.
Pershing, F. J., **989**.
Pert 843.
Pestalozza, F., **85**, **729**.
Petersen, Frederick, **802**.
Petrilli 57.
Pewner, M., **780**.
Peyrissac **21**.
Peyron **783**.
Peyrot **578**.
Pfeifer 21, **975**.
Pfeiffer 565.
Pfluder 367.
Phelps, Charles, **191**.
Philipps **418**.
Philipps, J., **718**.
Philippson, L., **77**.
Philips 363.
Phillips, Leslie, **246**.
Phillips, W. C., **392**, **574**, **575**.
Phocas, G., **505**.
Pic, A., **86**.
Piccoli **626**.
Pick, Albert, **68**, **508**.
Pick, Phil. J., **894**.
Piedaln **476**.
Piedallu **298**.
Pieniaczek **185**, 376, 379, 380, 384, 386, 824, 857.
Pierce, W. H., **69**.
Pierre, J., **962**.
Pignatari **762**.
Pillière **649**.
Pilliet **781**.
Pinnock, R. D., **496**.
Piper **995**.
Pipins, W. C., **682**.
Pirogoff 418.
Pisenti **428**.
Pitt, Newton, 86, **128**, **528**.
Pitts **524**.
Pius 215.
Plicque **757**.
Plotnikow 110.
Pobrak **167**.
Poliiectow, A., **907**.
Pollnow **919**.
Pollock 225.
Polyak, Ludw. 500.
Pomeroy, H. J., **222**.
Poncet, A., **90**, **168**, **482**, 492, 664, 898.
Pope, Campbell 780.
Popescu, D., **688**.
Poppert, **428**.
Porcher, W. Peyre **125**, 254, **360**, **364**, 679, **728**.
Porteous, J. L., **849**.
Pospelow **604**.
Post, A. E., **91**, **981**.
Potain 306.

Poulton, B., **816**.
Power, d'Arcy **688**.
Powers, Chas. A., **858**.
Poyet 37, 47, **661**, 742.
Pratt, H. Dev., **297**.
Predieri **652**.
Preisz **647**.
Pressly, E. W., **647**.
Pribram 156.
Price, M. W., **580**.
Priesley, James, **118**.
Prieto, C. Rojo, **656**.
Prins, A. L., **926**.
Pritchard, J. H., **170**.
Pröbsting 141, 143, 146, 939.
Pryor, J. H., **419**.
Przedborski, L., **86**, **484**, 739.
Przewoski 17.
Przibram **862**.
Purjesz **978**.
Purnaras 702.
Purvis, P., **887**.
Pusey, W. B., **790**, **916**.
Putnam, J. J., **90**, **136**, **198**.
Pyle, J. S., **247**.
Pynappel, M. W., **366**.

Q.

Quay, G. A., **78**.
Quénu **688**.
Quetelet 283.
Quincke 288.
Quinnones, F. J., **780**.

R.

Rabot **78**, **298**.
Railton, T., **605**.
Ramage **886**.
Ramond **607**.
Ramsden, H. R., **581**.
Ranke **835**.
von Ranke **976**.
Rankin, D. N., **630**.
von Rankl **790**.
Raoult **515**, **638**, 746, **761**.
Rappin **982**.
Rasch **402**.
Rauchfuss 418.
Raudnitz **21**.
Raugé, Paul, 46, 49, 55, 57, **595**, **601**, **760**, 743, **767**.
Raven, T. J., **312**.
Ray, J. M., **284**.
Raymond 464, **880**.
Raymond, Jas. H., **171**, **520**.
Raynaud, L., **773**.
Reclus 131.
Redactionelle Notizen **29**, **80**, **35**, **36**, **66**, **101**, **117**, **118**, **121**, **123**, **155**, **156**, **170**, **178**, **179**, **181**, **194**, **195**, **215**, **218**, **224**, **233**, **236**, **237**, **239**, **243**, **289**, **293**, **294**, **330**, **347**, **354**, **359**, **361**, **393**, **394**, **409**, **410**, **415**, **416**, **464**, **471**, **476**, **509**, **543**, **548**, **566**, **567**, **568**, **569**, **578**, **582**, **586**, **587**, **591**, **592**, **626**, **645**, **695**, **719**, **720**, **721**, **722**, **778**, **780**, **782**, **783**, **789**, **801**, **821**, **849**, **850**, **852**, **904**, **908**, **910**, **985**, **986**, **988**, **989**.
Redman, W. E., **576**.
Rees 870, 871.
Régis **769**.
Regli **293**.
Regnault, M. F., **761**.
Rehfeld, S., **990**.
Rehn, L., 89, **135**, **870**, **543**, **862**, 990, **991**.
Reiche **907**.
Reichmann, E., **375**.
Reid, J., **717**.
Reinhard 379, **768**.
Reinke **853**.
Remak, E., **994**.
Rémond **736**.
Renaut 371.
Rennie, G. E., **251**, **312**.
Renshaw, H. S., **274**.
Rethi, L., **19**, **167**, **185**, **290**, 377, 378, 384, 385, **758**, **893**.
Rethy, L., 379.
Retzius 772.
Reuter **160**.
Reverdin, J., **524**, 581, 664, **706**, **903**.
Revillet **117**.
Rhodes 464.
Rice, C. Clarence, **161**, 259, **284**, **421**, 587, **629**, 674, **957**.
Richardière **84**, **111**.
Richardson **603**.
Richardson, A., **983**.
Richardson, B. W., **773**, **916**.
Richardson, C. W., 320.
Richardson, W. H., **62**.
Richardson, Sir Benjamin Ward, 13.
Richter **155**, **330**, **565**, **977**.
Rickard, W. L., **181**.
Riddell **280**.
Ridola **485**.
Rie **998**.
Riedel **550**.
Riedinger 24.
Riegner, O., **291**.
Rimscha **628**.
Rindfleisch 36.
Ripault, H., **170**, **175**, **220**, **456**, **465**, **636**.
Risel **977**.
Ritter, J., 359, **531**.
de Roaldes, A. W., 262, 316, 317, **484**, 676, **757**, **768**.
Roberts, A. D., **571**.
Roberts, E. S., **283**, **887**.
Roberts, Ino B., **861**.
Robertson **12**, 404.
Robertson, W., **698**, 888.
Robinson, Beverley, 262, **526**, 630, **643**.
Robson, Mayo, **864**.
Rochard, Eugène, **706**.
Rockwell, A. D., **197**.
Roe, John O., **162**, 207, 255, 259, 315, 321, **340**, **522**, 681.
Roemisch, W., **992**.
Roeth, A. G., **987**.
Roger, H., 84.
Rogers, B., **718**.
Rogers, W. B., **924**.
Rohrer **760**.
Rokitansky 894.
Rolleston **212**, 634.
Rolleston, H. D., **735**.
Romberg **120**.
Romer, R. L., **716**.
Romniceanu 700, 774, **982**.
Roncalli, J., **166**.
Rondet **78**.
Ronsburger 384.
Roos, E., **288**, **461**.
Roque **89**.
Rose 546, **583**.

Rose, A., **786**.
Rosenbach **401**.
Rosenbaum **859**.
Rosenberg **727**.
Rosenberg, A., 92, 93, 94, 95, **212**, **487**, 567, **832**, 867, **918**.
Rosenberg, J., **403**.
Rosenblatt, J., **860**.
Rosenfeld 51., 144, 145, **700**, **887**.
Rosenheim **805**.
Rosenstirn, Julius, **227**.
Rosenthal, E., **652**.
Rosenthal, O., **402**.
Ross, J. B., **772**.
de Rossi **62**, **424**, **489**.
Rossome, P., **406**.
Rotch, J. M., 579.
Roth 215, 376, 378, 381.
Roth (Strassburg) **788**.
Roué, B., **716**.
Rouge 692.
Rousseaux **588**, 932, 934.
Roussel 54.
Roux **882**.
Roux, E., 414, 587, **588**, **714**, **715**, **850**.
Roux (Lausanne) **374**, **606**.
Roux, Gabriel, **275**.
Rovsing, Th., **864**.
Ruault, Albert, 43, 51, 54, **112**, **172**, **458**.
v. Ruck, Carl, **919**.
Rude, J., **587**.
Rueda **242**, **599**, **656**.
Ruffer 588.
Ruhemann, J., **274**.
Ruland, M. H. J., **473**, **532**.
Rumbold, J. F., **65**, **692**.
Rumpf **722**.
Rupp, Adolph, **103**, **469**, **646**, **697**, **985**.
Russell, Risien, 128, 553.
Ruttledge **360**.
Ryder, W., **408**.
Ryle **343**.

S.

Sabanejew-Frank 253.
Sabolotzki, A., **77**, **580**.
Sacaze **174**.
v. Sacerdotti **731**.
Sacharow, N., **525**.
Sachsalber **639**.
Sacki 145.
Sänger, M., 609, **693**.
Sahli **586**.
Saint-Germain 288.
Saint-Hilaire **99**.
Sajous 51, 922.
Sallard, A., **22**.
Salts, I. I. P., **70**.
Samson, I., **474**.
Sandford, A., 810, 811.
Sandmann, G., **160**.
Sandras, A., **660**.
Sanquirico 88.
Santi **586**.
de Santi, Philip, **173**, **290**, 615, 618, **697**, 749.
Sara, T., **705**.
Sarasohn **961**.
Sarremone **511**.
Sasse, I., **889**.
Satterthwaite, T. E., **352**.
Sauvage, A., **580**.
Saw, A., **589**.
Scalfi **719**.
Scarenzio **692**, **773**.
Scarlieri, E., **387**.
Schadewaldt, Otto, 51, 92, **332**, 610, 857.
Schäfer, Carl, **763**.
Schaeffer 338, 339.
Schaeffer, E., **907**.
Schech 339, **420**, 938, **957**.
Schede 193.
Scheff, Gottfried, 380, **819**.
Scheier, Max, **333**, 406, **991**.
Schein **925**.
Scheinmann, J., 94, **362**, **395**, 557, **634**, 867.
Scheppegrell, W., **393**.
Schering **986**.
Scheuer, Heinrich, **134**.
Scheyer **402**.
Schiff **967**.
Schiffers **758**, 932, 933.
Schilling **403**.
Schimmelbusch **212**.
Schippers, S., **593**.
Schleicher, W., **388**, 932, 933.
Schlesinger, H., **658**.
Schlodtmann **657**.
Schloffer **457**.
Schloss, A., **280**.
Schlossarek **306**.
Schlossmann **408**.
Schmalbach **431**.
Schmid **298**, 574.
Schmidt **551**, **596**, **816**, **901**.
Schmidt, H., 428.
Schmidt, Adolf, **351**.
Schmidt, Martin B., 798.
Schmidt, Moritz, 50, 52, 54, 143, 144, 145, 245, 339, 555, 614, 669, 671, 892, 935, 936, 1000.
Schmidthuisen 50, 56.
Schmiegelow, E., **15**, 50, **109**, **117**, **305**, **434**, **739**, 891.
Schmorl **474**.
Schnabel **835**.
Schnitzler, I., **329**, 383.
Schönborn 431, 433.
Schötz 94, 95.
Schols, L., **593**.
Scholz **91**, **701**.
Schoondermark, I. A. A., **345**.
Schotten **41**.
Schreiber 375.
Schrevens **407**.
Schroeder **976**.
v. Schrötter 87, 215, 306, 394, 658, 739, **857**, 993.
Schubert **357**, **789**.
Schüller 449.
v. Schultén, M. W., **110**, **517**.
Schultzen **920**.
Schumann **24**.
Schuster 14, **108**, **700**.
Schwabach 95.
Schwartz **400**, **798**.
Schwarzenbach **550**.
Schweiger **81**.
Schwendt 399.
Schwimmer 225.
Schwimmer 225.
Schwintger **704**.
Sciolla **732**.
Sclavunos, G., **41**.
Sclifosowski, P., **699**.
Scott, A. Edward, **19**.
Scott, I. B., **825**.
Scudder **124**.
Seaton, Edward, **118**.
Secretan 57, **698**.
Seibert **31**.
Seifert, Otto, 25, **129**, 141, 145, 245, **348**, 398, 403, **552**, 774, **889**, 1000.
Seiffert **836**.
Seiler 661.

Seiler, Carl, 206, 330.
Seiss 206.
Seitz **835**.
Sematzki, F., **777**.
Semeria **480**.
Semmola 665.
Semon, Felix, 11, **36**, 49, 50, 55, 128, 129, **185**, 186, 208, 265, 267, 268, 271, 321, **342**, **363**, 364, 365, 377, 520, **539**, 553, 558, 559, 560, 561, 563, 611, 613, 617, 620, 621, 657, 739, 749, 752, 868, 869, 870, 877, **923**, 959, **970**, **973**, **974**.
Sendziak, I., **22**, 50, **108**, **227**, **243**, **404**, **462**, **463**, **633**, **765**, 832, 858, **896**.
Sennycy **484**.
Sequeira, H. I., 528.
Sestini **429**.
Sètre, A., **579**.
Settgast **791**.
Severeanu 700.
Sevestre **785**.
Seward, W. M., **305**.
Shadle, I. E., **639**.
Shadwell, St. Clair B., 528.
Sharp, Gordon, **276**, 528.
Sharples, C. W., **583**.
Shattock, S. G., 186, 213, 267, **365**, 390, 425, 560, **640**, 668.
Shattuck, F. C., **90**, **312**.
Shearer, S. L., **102**.
Sheild, Marmaduke, **576**, **968**.
Shields, C. M., 676.
Shill, G., **415**.
Short **133**.
Shurley 207.
Shurly, E. L., **99**, 325.
Siebenmann 145, **164**, 381. **795**, 940, 1000.
Siebert. A., **850**.
Siegel **402**, **967**.
Siegenbeck **389**, 670.
Siegert, T., **912**.
ten Siethoff, E. G. A., **846**.
Sieveking **799**.
Sievers, R., **430**, **601**.
Sigel **476**, **975**, **976**.
Sikkel Azn. A., **184**, **221**, **231**, **289**, 824, **900**.
Silbermann **542**.
Silberschmidt **644**, **906**.
Silcock, Quarry, 389, **762**.
Silliet **458**.
Simanowski, N., **24**, **567**, **889**.
Simon **976**.
Simon, Ch., **731**.
Simon, P., **491**.
Simonin **239**.
Simonis **479**.
Simonovic **837**.
Simpson, J., **718**.
Simpson, W. K., 257, 262.
Skottowe, A. J. J., **985**.
Slagle, C. C., **464**.
Sloan, Allen Thomson, **429**.
Sloggett, H. Paynter, **62**.
Smeeton, C., **926**.
de Smet 770.
Smirnow 355, **358**, **785**.
Smith **180**, **182**. 225.
Smith, J. C., **495**.
Smith, S. J., 528.
Smith, Eustace, **962**.
Smith, Chas. S., **989**.
Smith, J. Lewis, **31**, **182**, 207, **407**, **477**.
Smith, Ramsay, **661**.
Smith, S. Telford, 605, **606**.
Smyly 147.
Snellen jr., H., **335**.
Snow, Sargent J., **279**, 390, **454**, 640.
Snowball, W., **605**.
Snyder, S. M., **296**.
Socin **666**.
Söder **367**.
Söderbaum, P., **107**.
Söderlund, K. G., **431**.
Sölder **274**.
Sörensen **981**.
Soffiantini **453**.
Sokolowski, A., **38**, 51, 54, **83**, **130**, 467, **704**, **786**, **792**.
Solary **547**.
Solbrig **643**.
Solis-Cohen, S., **13**, **26**, **176**, **184**, **200**, **215**, 255, 256, 258, **274**, 315, 318, 368, **369**, **450**, 677, **913**.
Solly, S. E., **36**, 324, 326, **598**.
Soltmann **835**.
van Someren, G. A., **566**.
Somerset **630**.
Sonnenberg, E., **786**.
Sonnenberg, H. A., 991.
Sonnenberger **990**, 991.
Souville **775**.
Spear, Edmund D., **895**.
Spencer, H. M., **71**, 264, 266, 618, 621.
Spencer, Walter G., 750.
Spengler 498.
Speyer **89**.
Spicer, Scanes, **72**, **216**, 265, 267, 271, 559, 562, 611, 614, 615, 622, **639**, 750, **800**, **854**, 869, 870, 879, 882.
Spielvogel, K., **770**.
Spiess, G., 143, **333**, 598, 892.
Spillmann **833**.
Spilsbury, E. A., **14**, **511**.
Spitzer, **18**, **222**.
Spitzer, Franz, 383.
Springer **728**.
Springthorpe, J. W., **848**.
Spronck, C. H. H., **846**.
Squibb 32.
Squire, Balmanno, **309**.
Srebrny, Z., **786**, 792.
Ssalisteschew **430**.
Stangenberg, E., **687**.
Stanton, Richard J., **123**.
Starr, M. Allen, **89**.
Stasinski **691**.
Staubury, O., **530**.
Steed **984**.
Steele **718**.
Steen. P., **847**.
Steere, W. B., **120**.
v. Stein **289**, **397**, **518**.
Stembo, L., **83**.
Stepanow, E., **157**, **566**.
Stephan, B. H., **991**.
Stephenson, O., **718**.
Sterling, G., **695**.
Stern, C., **654**.
Stevens, E. W., **581**.
Stewart **797**.
Stewart, J. M., **240**, 869.
Stewart, A. B., **987**.
Stewart, R. W., **301**.
Stewart, W. R. H., 562, 563, 615, 619, 620.
Stewart, Grainger, **197**, **565**, 567, 808.
Stillman, T. L.. **695**.
Stocker **984**.

Stockmann **372**.
Stoddart, F. W., **905**.
Stoerk 36, 376, 377, 379, 380, 383. **422**.
Stoerk, R., **826**.
Stoker, G., 800, 809.
Stoker, George, 147.
Stokes, Sir W., 375, **775**, **900**.
Storer, F. B., **829**.
Stout, G. C., **451**.
Stover, G. H., **517**.
Stowell, W. L., **757**.
Straight, H. S., **34**, **65**, **566**.
Strangways, W. F., **962**.
Straus **213**, **393**.
Strauss **393**.
Strazza 50, **396**, **513**, **892**.
Strelnikow, N., **755**.
Stscherbak **234**.
v. Stubenrauch **273**, **390**, **817**.
Sturmann **738**.
Sudduth, W. X., **763**.
Suiter, A. Walter **353**.
Sukotsceff, N., **196**.
Sulzer, **823**.
Sumpter, W., **713**.
Surmay **892**.
Sutherland, J. L. **566**.
Sutton, H. Grant, **292**, 611.
Sutton, Bland, 390, **718**.
Suzmann **196**.
Swain, H. L., **427**, 677.
Swain. P., **701**.
Sykes, J. **582**.
Sykes, John F. J., **118**, 643.
Sylvester 307.
Symington 277.
Symonds, C. J., **247**, 264, 268, 618, 621, 622, 751, 752, 803, 870, 871, 882.
Szara, A., 786.
Sziklai **650**.
Szmuilo, J., **425**.

T.

Taboulay 432.
Tacquet **884**.
Taguet **641**.
Tait, D., **481**.
Takahashi. K., **688**.
Talbot **582**.
Targett, J. H., 390, **461**, **668**, 736.
Taub **85**.
Taube **835**.
Tautil **400**.
Tavel 293, 586, 926.
Taylor 522, **821**.
Taylor, J. M., **22**, **818**.
Taylor, S. J., **285**.
Taylor. W. E., **419**.
Taylor, J., Maclison **250**, **690**.
Taylor, H. H., 611.
Taylor, H. L., **459**.
Taylor, Henry, **914**.
Teichmann, M, **451**.
Teissier **829**.
Teleky 329.
Templeton, J. M., **479**.
Tendeloo, N. Th., **669**.
Terray **69**.
Terron 45.
Terson, Albert, **578**.
Tesier **758**.
Tezenas **79**, **80**.
Thayer, Wm. H., **156**.
Thibaudet **565**, **756**.
Thibierge **694**.
Thiercelin **804**.
Thiersch 426, 453, 454.
Thiéry **688**.
Thomalla **287**.
Thomas 44, **64**, **481**, **574**, **808**.
Thomas (Genf) **475**.
Thomas, H. M., **519**.
Thomas, William, **110**.
Thomas, W., P., **799**.
Thompson **90**.
Thompson, J. A., **64**, **188**, **278**, **829**, **926**.
Thompson, S. W., **224**.
Thomson, John, **40**, 195, 363, **547**.
Thomson, St. Clair, **958**.
Thorburn, William, **88**.
Thornbury, Frank J., **721**.
Thorne, Thorne, **292**, **854**, 643.
Thorner, M., **537**.
Thornton, G. B., **910**.
Thorowgood, J., **570**.
Thost 378, 379, 380, 384, **968**.
Thouvenet, A., **171**.
Thrasher, A. B., **465**, **574**.
Thresh, J., **972**.
Tiburtius **580**.
Tichow, P., **758**, **759**.
Tietze, A., **875**.
Tieux **898**.
Tilley, Herbert, 269, 611, 615, **632**, 871.
Tirard, N., **847**.
Tison **982**.
Tissier, Paul, **214**, **216**, **698**, **806**.
Tissot **895**.
Tobeitz **542**.
Tobin 375.
Tompkins. E. L., **197**.
Tooker, R. M., **409**.
Toti, A., **189**, **862**, **863**, **414**, **657**.
Touchard **289**.
Toussaint 62.
Toussaint, H., **771**.
Tower, F. J., **298**.
Towers-Smith **608**.
Townsend, W. R., **410**, **528**, **711**.
Trachewsky 665.
Travers **718**.
Treadgold, G. H., **410**.
Treitel **127**, **848**, **866**, 557, 608, 610, **797**, 866.
Trendelenburg 193.
Treupel, G., **788**.
Treves 389, 390.
Triep **881**.
Trifiletti 54, 56, **625**.
Tripet **590**.
Troisier **169**.
Trombetti **662**.
Troquart **972**.
Troten, C. J., **918**.
Trusewitsch, J., 499.
Tsakiris **924**.
Tschlenon **856**.
Tschudi **189**, **807**.
Tull, M. G., **82**.
Turner 561.
Turner, William, **808**.
Turner, A. Jefferis, **81**, **291**. **658**.
Turner, George, 528.
Turner, J. A., **717**.
Tussau **174**.
de Tymosowsky 55.

U.

Uchermann **305, 486, 487.**
Ueberhorst **815.**
Ullmann **497.**
Ulrichs 14.
Unna 394, **770.**
Unshelm 94.
Unterholzner **840, 842.**
Urbantschitsch 215.
Urcelay **42.**
Uspensky 71.

V.

Vacher **682**, 743.
Vaisey **984.**
Valentin **157**, 612.
Vandervelde **498.**
Vansant, E. Larne, **484, 521.**
Variot, G., **526, 527, 572, 712, 775, 916, 981, 982.**
della Vedova **92.**
Veillon, A., **178**, 179, **463.**
Verco, Jos. C., **494.**
Verdós, P., **104, 702.**
Vergniaud, **508, 596, 597.**
Vermehren **246.**
Vermey, A. E., **349.**
Verneuil **175, 220.**
Veronese, Fr., **30.**
Verrall. M., **607.**
Vialle, E., **85.**
Vicentini 224.
Vierordt **977.**
Vigier 898.
Viguol 543.
Villeguey **168.**
Villard **125.**
v. Vintschgau 819.
Virchow, R., 212, **426**, 430, 558, 595, 601.
Virey **991.**
Vitrac **928.**
Vohsen 938.
Voisin 801.
Volkmann 228, **969.**
Volland 583.
Voltolini 314, 764.
Vosswinckel **357.**
Voûte, A., **594, 780.**
Vulpius, O., **295**, 296, 651.

W.

Wacher **41.**
Wadstein, E., **668.**
Wagner 20.
Wagner (Graz) **135.**
Wagner, H. L., 385. **461**, 680, **765.**
Wagner, Clinton, **176**, 260.
Wagnier 47, **290, 633**, 742, 746, 934.
Wakefield, W. H., **282, 893.**
Wakeling, T., **718.**
Waldstein, L., **888.**
Walker, H., **415.**
Walker, R., **31.**
Walker, N., **507.**
Walker, H. W., **589.**
Walker. Geo. **637.**
Wallace, David, **373, 435, 804, 805, 861.**
Wallace, J., **984.**
Wallé **651.**
Wallis, F. C., 389.
Walter, R., **718.**
Ward, J. A., **474.**
Ward, Whitfield, **173.**
Ware, Edward J., **987.**
Warner 621.
Warren, J. W., **403.**
Washbourn **354**, 528.
Washbourn, J., **718, 906.**
Washburn, J. W., **294, 588.**
Wassermann, A., **356, 413, 414**, 586.
Watermann, O. M., **65, 832.**
Watheimber **11.**
Watson **583.**
Watson, Edward W., **330.**
Watson, Spencer, **457**, 958.
Watson, William, **529, 984.**
Watson, W. S., **999.**
Watson, Arthur W., **465, 631**, 678.
Waxham, F. E., **180, 652, 915.**
Waylen, G., **415.**
Weaver, W. H., **825.**
Weber, A., **296.**
Wedenski, N., **73.**
Weibgen, C., **358.**
Weil 145, 378, **859.**
Weintraud **658.**
Weir, R. F., **820.**
Weiss **185, 291.**
Weisz **33.**
Welch, Wm. H., **100**, 526, **780.**
Welch, Wm. M., **722.**
Welsch **531.**
Wenckebach, K. F., **593.**
Wendelstadt **997.**
Wercer, W., **984.**
Werner **424**, 940, 1003
Wernicke 27, **28.**
Wertheimber **405.**
Wessinger, J. A., **604.**
Westbrook, B. F., **466.**
Wethered **471.**
Weymann, W., **721.**
Wharry, H. G., **118.**
Whatville **478.**
Wheaton, S. W., **527.**
Wheeler, W. J., 375, **506, 689.**
Wherry **602.**
Whistler, W., 96, **222**, 809, 811.
White 206, 585, 626.
White, J. A., **483.**
White, A. C., **720.**
White, A. Campbell, **787.**
White, Edmund, **137, 201.**
White, Geo. R., **858.**
White, Hale, **475**, 750.
Whitehead, Walter, **211**, 228, 229, 406, **701.**
Whiterspoon, J. C., **914.**
Whitley, J. D., **910.**
Whitney, C. M., **123.**
van Wicheren, C., **593.**
Wickam **224.**
Widal, F., **288, 770.**
Windemann **300.**
Widerhofer 306, 652, **834, 838, 842.**
Wieczorkiewicz, M. D.. **586.**
Wiemer **648.**
Wierenga, P., **225.**
Wiesmann **300.**
Wight **984.**
Wild 574.
Wild, H., **984**
Wilkin, G. C., **241, 575**, 809, **819.**
Wilkinson, G., **101.**
Wilks, Samuel, **118 178.**
Willcocks, F., **847**, 869.
Willett, Edgar, 213.
Williams, F. H., **474**, 787.

Williams, Francis W., **234**, 236.
Williams, Theodor, 567.
Williams, H. T., **861**.
Williams, Montagu, 267.
Williams, W. Watson, **554**, 563, 881.
Williamson, H., **452**.
Wilson **434**.
Wilson, A., **648**, **964**.
Wilson, A. L., **412**.
Wilson, D., **984**.
Wilson, J. T., **483**.
Winckler, Ernst, 338, **339**, **392**, **516**, **899**.
Wingate, A. O. B., **785**, **908**.
Wingrave, Wyatt, 97, 147, **698**, 809, 810, 811, 879.
Winkelmann **402**.
Winkfield, A., **984**.
Winocouroff **85**.
Winslow, R., **805**.
Withington, C. F., **989**.
de Witt, W. H., **785**.
Witthauer **975**.
Wittkop **762**.
Wittmeyer **836**.
Witzel 203, 253.
Witzel, Anton **346**.
v. Wladár, Martin, **822**.
Woakes 147, 204, 268, 809.
Wocher **24**.
Wodon, I., **388**, **468**.
Wölfler 601, 664.
Wolberg **287**.
Wolfe, A. C., **569**.
Wolfenden, Norris, 96, 97, 98, **463**, **635**, 810.
Wolfensberger **496**.
Wolff **961**.
Wolff, I., **349**, **834**.
Wolff, L., **373**, **853**.
Wolff, M., **904**.
Wolkowitsch, N., **42**.
Wolstenholme, I. B., **86**.
Woodburn, F. C., **473**.
Woodbury **417**.
Woodbury, F., **830**.
Woodhead, Sims, **717**, **984**.
Woods, R. H., **116**, **165**, **242**, **421**, **634**.
Woodward, I. H., **12**.
Worsley, R., **984**.
Wortmann, I. L. C., **473**, 532.
Wright, G., **762**.
Wright, Jonathan, **155**, **159**. 254, 259, **457**, **572**, **597**, 674, 679, **777**, 778, **887**, **893**, **959**, **974**.
Wright, I. H., **784**.
Wróblewski, W., **16**, **63**, **64**, **451**, **511**, **635**, **889**, **890**.
Würdemann, H. V., **765**.
Wurm **731**.
Wurstdörfer **433**.
Wyeth, I. A., **896**.
Wyllie, John, **127**, **367**.

X.

X. (s. Redact.-Notizen) **101**, **117**, **118**, **121**, **156**, 178, **195**, **224**, **282**, **293**, **354**, **568**, **579**, 587, **626**, **643**, **649**, **690**, 788, 828, **833**, 848, **908**, **910**, **911**, **984**.

Y.

Yearsley **575**.
Yerwant, Arslan, **467**.
Yonge, E., **984**.
Yorke-Davies, N., **603**.
Young, Hugh H., **924**.

Z.

Zagari **980**.
Zappert **295**, 651.
Zarniko, Carl, **139**, **290**.
Zaufal **15**, 68, **72**.
v. Zeissl **274**.
Zeller **375**.
Zenker 669.
Zenoni **157**.
Zequeira, Varela, **694**.
Ziegler 751.
Zielinska, Marie, **543**.
Ziem **109**, **334**, **393**, **690**, **767**, **826**, **961**.
Zinnes, Anast., **650**.
Zinnis, A., **80**.
Zitrin, M., **505**.
v. Zoege-Manteuffel **545**.
Zoeppritz **688**.
Zoerkendorfer 156.
Zuckerkandl **160**, **161**, **204**, 340, 697.
Zurakowski, W., **969**.
Zwaardemaaker, H., **14**, **160**, **369**, 828.
Zwillinger 500, 501, **595**, **628**, **697**, 931.

Sach-Register.

A.

Abductor-Tonus und Abductor-Empfindlichkeit 363.
Abfuhrsystem, Mängel im — und Diphtheritis 118, 178, 292, 526, 582, 643, 781.
Abscess (s. auch Durchbruch).
— extralaryngealer tuberkulöser — 597 (bei Kehlkopfphthise).
— intramusculärer — 331 (nach Grippe).
— maxillärer — 517.
— peritonsillärer — 42.
— des Spatium maxillo-pharyngeum 505. s. a. unt. Nasenscheidewand, Larynx etc.
Accessorius, Verhältniss des — zur Kehlkopfinnervation 377: Kerne und Wurzeln des — 796.
Accessoriuskrampf mit Stimmbandbetheiligung 361.
Accessoriuslähmung, Vier Fälle von peripherischer — 657.
Acidum trichloraceticum, Beitrag zur Anwendung des — 397.
Acne rosacea hypertrophica der Nase 102.
Actinomykose der rechten Wange und des Unterkiefers mit Ausbreitung auf die Lunge 168; — in Finnland 286; Sechs Fälle von — aus Nürnberg 286; — des Pharynx und der Dura 901; zur Jodkalibehandlung der — 900.
Adenia simplex und Thymushyperplasie 626.
Adenoide Vegetationen 71, 72, 282, 283, 284, 574, 575, 768, 769, 870, 961, 962, 963, 965; die —, ihre Ausbreitung und ihr Alter 965; — bei kleinen Kindern 283; — in späteren Jahren 283; — bei Epileptikern und Idioten 961; die schliesslichePrognose vernachlässigter — 322; — neben fibrinöser Rhinitis 215; — und Degeneration 769; — und Heufieber 825; — als hauptsächlichste Ursache von Taubheit bei Kindern 961, 962; Geistige Schwäche als Folge von — 962; Beziehung scrophulöser Krankheiten zu — 962; Nothwendigkeit der frühen Erkennung der — durch den allgemeinen Praktiker 71.
Adenoide Vegetationen, tuberkulöse — 576, 769.
— Folgestörungen der — 71; Enuresis nocturna 69, 70, 575, 768; Ohrenerkrankungen 284, 961, 962.
— Operation der — 56, 283, 284, 575, 964; Körperentwicklung nach der — 284; Schwere Blutung nach der — 285, 964; Technik und Resultate der — 285; — mit dem Finger 575; Curette für — 964; Wahl eines Anaestheticums für — 270, 285, 575, 576, 769, 964, 965.
— Recidive von — 963.
Aethylchlorid und Cocain bei kleineren chirurgischen Eingriffen 406.
Akromegalie 136, 450, 863; Verwandtschaft zwischen — und Basedow'scher Krankeit 136; — Schilddrüsenbehandlung bei — 450.
Allocheirie nach Diphtherie 235, 475.
Aluminiumsalze in der Behandlung der Nasen- u. Halskrankheiten 101.
Alumnol bei Nasen- und Halskrankheiten 316.
Ameisensaure Salze b. Ulcerationen der Rachen- und Kehlkopfschleimhaut 325.
Anämie nasalen Ursprungs 744, 825.

Anaesthesie durch hypnotische Suggestion, Entfernung von Polypen unter — 104.
Anaesthesie des Schlundes, Diagnostischer Werth der — 116.
Anaesthetica s. Antipyrin, Bromaethyl. Cocain etc. Wahl der — bei Entfernung adenoider Vegetationen 270, 285, 575, 576, 769, 964, 965.
Anatomie, Normale und pathologische — der Nase 160, 161, 204, 380, 381, 819, 960.
— des Halses 816.
— der Regio pterygo-maxillaris 960.
Anatomische Nomenclatur, Die — 943.
Anatomische Präparate. Normale — von Nase, Rachen und Kehlkopf 145.
Anencephale 62.
Aneurysma in der Brusthöhle. Laryngeale Erscheinungen bei sich entwickelndem — 376, 797.
Aneurysma der linken Submaxillargegend 390; — der rechten Art. subclavia mit Recurrenslähmung 797 s. Aortenaneurysma.
Aneurysmazeichen, Oliver'sches — 306 s. tracheale Erschütterung.
Angina (s. a. Pharyngitis, Tonsillitis etc.) 468; Eine parasitäre — durch soorartige Hefe 169; Copaiva — 288; Die — beim acuten Gelenkrheumatismus 288, 461; Adenophlegmone des Halses im Anschluss an — 972; Wahrscheinliche pathologische Identität der verschiedenen Formen von acuter septischer — 970.
— exsudativa 828.
— fibrinöse — durch Mikrokokken 702.
— follicularis 463; Aetiologie und Incubationsdauer der 287; Beziehung der — zur Diphtherie 462, 828 (s. Diphtherie); Epidemie von — in Barcelona 702.
— herpetische — 468.
— infectiöse — 113, 280, 463.
— lacunaris epidemica 828; (Beziehung der — zur Diphtherie).
— membranöse — 464 (Behandlung der —).
— nicht-diphtheritische — 828 (acute), 642 (Gaumensegellähmung nach —),
— phlegmonöse — 113, 171, 288 (durch Bacterium coli).
Angina, pseudodiphtheritische — 1…
— pseudomembranacea 702 (d… Pneumokokken), 711 (nach Di… therie), 829 (bei einem Syphilit… mit Soorpilzen in der Membran…
— rheumatische — 288, 461, 70…
— ulcero-membranosa 829.
— urica 829.
— Streptokokken-Angina 463; Therapeutische Versuche mit Piloca… bei der — 888.
Angina tonsillaris s. Tonsilli…
Angina Ludovici 61, 210, 505, … 816; vom Zahn ausgehende — … 956.
Anginen mit membranösem Exsudat, Die verschiedenen Varietäten von — 409; s. Halsentzündung
Angiokeratom des Stimmbands 4…
Angio-Lymphangiom des Gaumensegels 46.
Angiom s. unter den verschiedenen Organen.
Ankylose der Schläfen-Kiefergelenk… 517.
— des Cricoarytaenoidgelenks 596 (doppelseitige), 753.
— des Kiefers 701, 899; — nach Otitis media 899.
Anosmie 159, 508.
Antidiphtherin Klebs 295, 651, 7… 913.
Antipyrin als Anaestheticum 63, 451.
Antisepsis in Mund und Nase 159.
— der oberen Luftwege s. Luftwege, Desinfection der —.
— bei Diphtheritis s. Diphtherie, Behandlung der —.
Antitoxin s. Diphtherieheilserum.
Antrum Highmori s. Kieferhöhle.
Aorta, Perforation der — durch einen Fremdkörper 42, 91.
Aortenaneurysma 306, 747 (mit Compression des Vagus und Recurrens 752, 798; Pulsation des laryngotrachealen Rohrs bei — 306, 730.
Aphasie 661; — im Kindesalter 127 Beziehung der — zu Gehirnkrankheiten 127; Wiedererlangung der Sprache nach 9 Jahre alter — 127 seltener Fall von — 365; die link… Hemisphäre eines Falles von — 365 — in Beziehung zu organischen Hirnkrankheiten 367; motorische — mi… Hemiplegie ohne grobe Gehirnläsion 626; hysterische — 662; — mit A…

ticulationsstörung und — mit gestörter Intonation 796.
Aphonie 656; — infolge von hypertrophischer Rhinitis 65; Simulation der — 126; — nach Tracheotomie 486; — durch Mineralwasser geheilt 656; anhaltende — bei stridulöser Laryngitis 991.
— functionelle — 126 (bei Männern).
— hysterische — 323, 364, 656 (geheilt durch Aetherisation), 656 (religiöse Behandlung der —), 656, 662, 991 (bei Pneumonie), 992.
— nervöse — 656 (behandelt mit statischer Electricität).
— pseudohysterische — 655.
— totale — 127.
Apsithyrie 992; s. Aphonie.
Archaeologica medica 282.
Argyrose 274, 507.
Arsenicismus, Professioneller — 161 (mit Perforation der Nasenscheidewand).
Arthritis deformans des Kehlkopfes 255; s. Crico-arytaenoidgelenk.
Aryknorpel, Verhalten der — bei einseitiger Recurrenslähmung 992.
Aryknorpelentzündungen, tuberkulöse s. Larynx, Tuberkulose des —.
Aspergillus-Mykose der Kieferhöhle 262, 323.
Asphyxia neonatorum, Natur und Behandlung der — 306.
Asthenopie als nasale Reflexstörung 280, 281.
— als Folge von Druck der Muscheln auf die Nasenscheidewand 459.
Asthma, Die Behandlung des — 566.
Asthma und Urticaria nach Muschelvergiftung 888.
Asthma nasale 69, 280, 570, 696, 824, 825; rapide Heilung eines Falles von — 69; zur rhinochirurgischen Behandlung des — 696, 825; s. Nasenreflexe.
Athembewegung in der Nasenhöhle 160; s. nasale Respiration.
Athemkrampf, Congenitaler — 362.
Athemstörungen, Halbseitige — bei cerebralen Lähmungen 659.
Athemwege s. Luftwege.
Athmen beim Singen 661.
Athmung, Künstliche 329, 567 (Apparat zur prolongirten —).
Atlas der Laryngologie und Rhinologie 139.
Atlas der Histopathologie der Nase, der Mundrachenhöhle und des Kehlkopfes 552.
Atlas der Krankheiten der Mundhöhle, des Rachens und der Nase 438.
Atresia oesophagi, duodeni, recti congenita 373; s. Stenose unter den verschiedenen Organen.
Atrophie der Hoden, Kehlkopf und Stimme bei — 994.
Augenhöhle s. Orbita.
Augenstörungen nach Diphtherie 30; Katheterismus des Thränennasengangs bei verschiedenen — 513.
— bei Ozaena 217.
— nasalen Ursprungs 217, 280, 281, 334, 335, 573, 746, 760, 961.
Auswurf beim Kinde und Erwachsenen 72; Farbenreactionen des — 157; zur Bakteriologie des — bei Keuchhusten 359; s. a. Sputum.
Autointoxicationen als Ursache von Krankheiten 695.
Autoscopie des Larynx und der Trachea 853, 935.

B.

Backe, Das Mal perforant der — 578; Lymphangiom der — 769; Drüsenschwellungen an der — 898; letale Schwellung der — nach Zahnschmerzen 899; — s. a. Wange.
Baelz'sche Krankheit 286.
Basedow'sche Krankheit 89, 197, 248, 370, 372, 491, 492, 493, 602, 733, 862; Verwandtschaft der — mit Akromegalie 136; tödtliche Fälle von — 197, 249 (in graviditate); — und Schilddrüse 370; periphere Neuritis bei — 493; Kropf bei — 493; Myxoedem und — 494, 928; Dermographie bei — 733; — und Nasenpolypen 800; — eine Schreckensreaktion 927; Bryson'sches Symptom bei — 927; — mit späterer Atrophie der Schilddrüse 927; — geheilter Fall von — 928.
— Aetiologie der — 248, 492, 800, 801 (Schilddrüsensecretion), 372 (Influenza), 602, 667, 800 (Thyreoidismus).
— Behandlung der — 89, 197, 250, 667; mittelst Schilddrüsen 198, 251,

372, 603, 733, 801; mittelst Thyreoidectomie 198, 372, 492, 559, 734, 801, 802; chirurgische — 199, 547, 559, 734; — mit Strophantus 372, 862; — mit Natr. salicyl. 928; mit Thymus 928; Klimatotherapie 862.

Basedow'sche Krankheit, Pathogenese der — 547.

— Patholog. Anatomie der — 249.

— Symptomatologie der — 197, 493, 927.

Bauchrednerkunst 671.

Bauchrednerstimme 54.

Beleuchtungsapparate 101, 145, 319; electrische — 392.

Benzol bei Influenza 12.

Blasen oder Waschen? 828.

Bleivergiftung durch Schnupfpulver 452.

Bluter, über Operation der Nase bei — 144.

Blutleiter bei Operationen am Kiefer etc. 287.

Blutserumtherapie s. Diphtherieheilserum.

Blutstillung durch Ferripyrin 888; — durch Terpentinöl 889; Instrumente etc. zur — s. Nasenbluten.

Blutungen aus dem Munde bei Geschwulst des Gaumens 20; letale — aus varicösen Venen des Oesophagus 42, 496; submucöse — der Stimmbänder 47; — der Zungenmandel 47; — nach der Operation adenoider Geschwülste 285, 964; Tod durch — der Schilddrüse 491; Fall von — aus den Lungen 566; wiederholte starke — nach Operation einer Gaumenspalte 638; Arterielle — durch einen Knochen im Oesophagus 864; — s. Nasenbluten, Tonsillotomie etc.

Bräune s. Angina.

Bright'sche Krankheit. Glottisoedem als Anfang der — beim Erwachsenen 34.

Bromaethylnarkose, die — in der Oto-Laryngologie 276, 626, 757, 758.

— bei der Operation postnasaler Adenoidwucherungen 965.

Bronchialasthma in Begleitung von Nasenübeln 69; — s. Asthma nasale.

Bronchialdrüsenerkrankung bei Neugeborenen 134.

Bronchialstenose 307; Behandlung der — 1000.

Bronchiectasie durch Fremdkörper im Bronchus 485.

Bronchien, multiple papillomatöse Geschwülste der — 97; Carcinom der — 195; syphilitische Ulceration der — 421; Fremdkörper in den — 485, 486, 729 (Tracheotomiecanüle) 795, 923.

Bronchitis, chronische fibrinöse — 730; Gebrauch von Jodoformdämpfen bei 394, 508, 821.

Bronchocele s. Kropf.

Buccale Geschwüre 224.

Buccale Leukoplakie s. Leukoplakia.

Buccal-Stimme 258.

Bulbäre Tabes mit trophischen Ulcerationen in Nase und Ohr 453.

Bulbärparalyse, sogen. heilbare — 274; acute — 581; Fall von — mit normalem Kehlkopf 689.

C.

Cachexia strumipriva 136, 433, 603; Schilddrüsentherapie bei — 202, 433, 603; s. Myxoedem, operatives etc.

Canalgas und Canalisation s. Abfuhrsystem.

Cancrum oris bei Typhus 225, 401.

Carotis externa, Verletzung der — 62.

Carotis interna, Ulceration der — 505.

Casuistische Beiträge 20, 130, 566.

Catarrh, Sulfanilsäure als Palliativmittel beim acuten — 157; Anwendung von Ozon beim atropischen — 259; Entstehung des Schleims beim — 755.

Cave's für Otologen und Rhinologen 887.

Cellulitis facio-cervicalis, Acute letale — nach Zahnschmerzen 899.

Celluloid-Lamellen bei Nachbehandlung nach Operation intranasaler Synechien 629, 745.

Centrale Innervation des Larynx 48, 55, 363, 377, 610, 657, 796, 936.

— der Saugbewegungen 223.

Cerebrale Lähmungen 583 (nach Diphtherie); halbseitige Athemstörungen bei — 659.

Choanalatresie, complete einseitige — 399; angeborene — 894; s. Nase, Stenose der —.
Chloroform bei Nasengeschwülsten 575, 576.
— als Reiz für den Kehlkopf 654.
— bei Keuchhusten 990.
Chloroform- und Cocain-Gebrauch 888.
Chloroform-Syncope, der Nasenreflex in der — 68.
Chorea laryngis 125; s. Coordinationsstörungen.
Chromsäure zur Behandlung der Pharyngomykose 47.
Climacterium, sensorische Halsneurosen des — 974.
Cocain 101; — zur Unterdrückung von Fremdkörper-Empfindung im Larynx 43, 129; Erythem des Gesichts nach — 47; — bei kleineren chirurgischen Eingriffen 406; internasaler Gebrauch von — 451, 452, 895; Gebrauch von — während des Chloroformirens 888.
Cocain-Missbrauch 101, 452.
Cocain-Zerstäuber für Nase, Rachen und Kehlkopf 101.
Coexistenz verschiedener Tumoren in der Nasenhöhle und im Rachen 105.
Colorado Springs, Behandlung der Kehlkopfphthise in — 36, 324.
Coordinationscentrum für Kauen und Schlucken 167.
Coordinationsstörungen des Kehlkopfs 991; s. Chorea.
Copaiva-Angina 288.
Corticales Centrum s. Rindenfeld.
Coryza s. Rhinitis acuta.
Cretins, Schädel von — 681, 818; Nase und Nasenrachenraum bei — 961; Abnormitäten der Sprachwerkzeuge und Sprachgebrechen bei — 995.
Cretinismus 734.
— sporadischer — 40, 135, 734; Schilddrüsenbehandlung bei — 40, 135, 251, 547, 605, 906, 803; Implantation von Schilddrüse bei — 251.
Crico-arytaenoidgelenk, acute und subacute rheumatische Entzündung des — 124, 299; syphilitische Entzündung des — 242, 599; Ankylose des — 596, 753.
Crico-arytaenoideus Musc., Lähmung des — 129.
Crico-thyreoideus Musc., Function des — 47, 386, 501.
— Innervation des — 93, 536.
Croup 80, 183, 352, 785, 911; — vorgetäuscht durch acute Laryngitis der Kinder 239; — mit Complication von Seiten der Lunge 646; — vorgetäuscht durch Kehlkopfaffectionen 339, 653, 917; — bei einem Kinde mit Papillomen des Kehlkopfs 784.
— absteigender 712.
— membranöser — 121, 124, 232, 233, 294, 518, 712; Infectiosität des — 232, 233; Behandlung des — 412 (mit Calciumjodid), 412 (mit Ammonium caust.); Lagerung des Kranken bei Behandlung des — 712; s. Diphterie.
Croup der Nasenschleimhaut, Pathogenese des nicht infectiösen — 758.
Croup und Diphtherie, ihre Unität oder Dualität 352, 473, 528, 645, 781.
Cystenkropf, plötzlicher Erstickungstod durch Blutung in einem alten — 491.

D.

Degeneration und adenoide Vegetationen 769.
Dentalin, ein Mundkosmeticum 227.
Digitalexploration d. Schlundes 117.
Digitalis bei Blutspeien und Nasenbluten 400.
Diphtherie (s. a. Croup) 8, 80, 178, 180, 234, 262, 292, 294, 296, 352, 354, 408, 409, 410, 470, 471, 472, 474, 527, 528, 584, 642, 645, 708, 710, 713, 714, 778, 780, 785, 908, 910; — ohne Membran 29; intakte Schleimhäute, keine — 353; — oder Glossopharyngitis 293; die — in grossen Städten 118; Auftreten der — in Nordamerika 407; Diphtheriebaracke Bethanien (Berlin) 583; Historischer Fall von — 910; der — ähnliche Schweinekrankheit 62; Fälle von — durch Milchinfection 79, 354, 780; Uebertragung der — von der Kuh 780; Impfdiphtherie bei Milchkühen 233; Katzen und 117; Vogel-Diphtheritis 407, 642 (in Tunis); — übertragen von einem Küchlein 711; Schulhygiene und — 407, 408; Schulinfection

643, 781; Missstände im Abfuhrsystem und — 118, 178, 292, 526, 582, 643, 781; Grubengas und — 526; Anzeigepflicht bei — 582; — und Fieber 178; pseudomembranöse Angina nach — 711; Urinstauung bei — 911; Altersdisposition und Infectionsgelegenheit in den ersten Lebensjahren für — 582; isolirte Fälle von — 179; Entwurf zu gemeinsamen Untersuchungen über die endemische — 470.

Diphtherie, abgeschwächte — 117.
— hämorrhagische — 910.
— nicht-bakteritische — 354.
— recidivirende — 410, 583.
— septische 80, 118, 646, 779, 975.
— sogenannte — 409.
— des Larynx 48 s. Croup.
— der Nase 121, 711; (primäre) 784.
— Aetiologie der — 27, 28, 179, 292, 352, 353, 407, 409, 440, 471, 472, 474, 525, 526, 642, 645, 779, 782, 783, 785, 903; Bedeutung des Staphylococcus für die — 779; Mischinfection 79, 354, 780, 907; Infection von Thieren ausgehend (Kuh, Katze, Vögel etc.) 62, 79, 117, 233, 354, 407, 642, 711, 780; Schulinfection 407, 408, 643, 781; Infection von einer sich zersetzenden Placenta 711.
— Ausbreitungsmodus der — 30 s. Verbreitung der —.
— Bakteriologie der — 471, 714, 778. 780, 906 s. Diphtheriebacillus etc.
— Behandlung der — 31, 32, 33, 80, 122, 123, 179, 180, 182, 183, 237, 262, 263, 296, 473, 474, 476, 478, 526, 529. 530, 531, 533, 585, 645, 648, 649, 650, 712, 785, 786, 787, 788, 789, 872, 908, 910, 912, 913; submembranöse — 31; rationelle — 80, 789; mechanische — 180, 786; moderne — 236, 478; abortive — 236; chirurgische — 479 (s. Tracheotomie etc.); germicide — 476; antiseptische — 532, 913; Allgemeinbehandlung 295; Specialbehandlung 648; — nach der Corbin- oder Brooklyn-Methode 32; Nussschalenbehandlung 236; — in der Strassburger Kinderklinik 912; Lokalbehandlung der — 181, 410, 648, 787; Gegen den Gebrauch des Bürstenpinsels 413; Pastillen als Ersatz der Gurgelwässer 786; — mit Wasserstoffsuperoxyd 31, 477, 787, 837; mit Papayotin u. Carbolsäure 32, 237; — mit Calomel 32, 181, 237, 477; — mit Quecksilberdämpfen 32, 297, 477, 652, 915; — mit löslichen Hg-Salzen 713; — mit Sublimat 181, 412. 413, 531, 585, 649, 788, 915; — mit Quecksilberbijodid 33, 298; — mit Petroleum 33, 181, 789; — mit Terpentin 33, 48, 651, 914; — mit Eisenchlorid 80, 650, 789; — mit Eucalyptus 182, 530; — mit Schwefelpräparaten 182, 183, 236, 411, 478, 914; — mit Magnesiumsulfat 183, 650, 713, 914; — mit Essigdämpfen 297; — mit Tartarus emeticus 297; — mit Methylenblau 412; — mit Methylviolett 651, 915; — mit Tannin 413; — mit Calciumjodid 412; — mit Ammonium causticum 412; — mit Pilocarpin 531, 650, — mit Papoid 477; — mit hypermangansaurem Kalium 532, 650; — mit Liquor stypticus 532; — mit Salaktol 651; — mit Kresolindämpfen 788; — mit Chlorwasser 789; — mit Guajakol 913; — mit Salzsäure 914; — mit Pyoktanin 915; — mit Antidiphtherit 649; — mit Antidiphtherin Klebs 295, 651, 785, 913; — mit einem ohne Hülfe des thierischen Organismus gewonnenen Antitoxin 785; — mit Heilserum s. Diptherieheilserum.

Diphtherie, Complicationen der — 119, 120, 179, 294, 354 (Scharlachdiphtherie), 410 (Nephritis), 474 (Lymphdrüsenerkrankung), 784 (Endocarditis), 529 (Typhöses Fieber), 911 (Otitis).
— Contagiosität der — 29, 232, 233, 353, 582.
— Diagnose der — 79, 121, 178, 180, 293, 353, 717, 904; bakteriologische — 232, 236, 471, 525, 526, 582, 644, 707, 780, 904, 905, 906, 907; specifische — 121; Methodik der — 905; Hülfe des New-Yorker Gesundheitsamt bei der — 30, 232.
— Differentialdiagnose zwischen — und Scharlach 120.
— Epidemien von 78, 118, 178, 293. 354, 472, 473, 527, 782, 908.
— Folgeerkrankungen der — 475, 647

Augenstörungen 30; cerebrale Lähmung 583; Embolie und Gangrän des Fusses 711 s. Diphtherieherz, diphteritische Lähmung etc.
Diphtherie, Geschichte der — 27, 177.
— Hygienische Massnahmen gegen — 31, 407 s. Verhütung der —.
— Immunisirung gegen — 177, 713, 909, 978, 981, 985.
— Infectiosität der — 232, 233.
- Intubation bei — s. Intubation.
— Mischinfection bei — 529, 779, 907.
— Mortalität der — 908, 909.
— Nervöse Störungen nach — 121.
— Pathogenese der — 526.
— Pathologie der — 180, 352, 782, 784, 905, 911; Herz 120; Nervöse Veränderungen 234.
— Prognose der — 476, 783 (Menge der Membranen in Beziehung zur —).
— Statistisches über — 719, 908, 909.
— Tracheotomie bei — s. Tracheotomie.
— Verbreitung der — 79, 292, 472, 582.
— Verhütung der — 122, 182, 262, 292, 412, 471, 529, 585, 643, 783, 785, 909.
Diphtheriebacillus 408, 471, 581, 778; Experimentelle Beiträge zur Kenntniss des — 28; Lyon und der — 78; Vorkommen des — ausserhalb des Körpers 777; Einfluss von Citronensäure auf den — 644; Einfluss der Sozojodolsäure auf den — 644; Wirkung des Lichtes auf den — 707; ein neuer Nährboden für den — 777; Untersuchung auf — 904; ätiologische Bedeutung des — 906; der — in gesunden Hälsen und bei Masern 644; Vertheilung des — im Körper 28; Nachweis des — in den Lungen 409; der — im Blute des Diphtheriekranken 645; Lebensfähigkeit des — in den Membranen 778; Persistenz des — nach der Genesung 907.
Diphtheriegift, Untersuchungen über das — 525.
Diphtherieheilserum 28, 354, 533, 586, 714, 715, 904.
— Priorität der Entdeckung des — 850.
— Experimentelle Untersuchungen über das — 354, 355, 356, 413, 414, 591, 986.
Diphtherieheilserum, Quantitative Bestimmung des — 355; Concentrirung des — 413; Bereitung des — 716, 717; Dosirung des — 850; Aufbewahrung des — 983; Effect des Gefrierens auf — 986; Verdorbenes — 985; Einfluss des — auf das Blut 987; Technik der Anwendung des — 985.
— Behandlung mit — (klinische Beobachtungen) 356, 357, 358, 414, 415, 586—594, 715—722, 834—853, 975 bis 989; Einwände gegen die — 986; tödtlicher Ausgang bei — 416, 716, 836, 982; Obductionsbefunde nach — 836, 834; Tracheotomie nach — 589, 716. 848, 977; Intubation nach — 847; Antagonismus zwischen der — und Antisepsis 589; Nachwirkung nach der — 834, 849; Exanthem nach — 835; Recidiv nach — 834; Stoffwechsel nach — 837; Nephritis nach — 848; toxische Wirkungen der — 850, 987. (Wissenschaft und Geschäft 848; Institut sérotherapeutique 589.)
Diphtherieherz 120.
Diphtheritische Lähmungen 30, 31, 235, 410, 475 (mit plötzlichem Tod durch Verschlucken), 647 (verbreitete —), 784 (ungewöhnliche —).
— Zur Anatomie der — 647, 912.
— Fälle von — ohne Zeichen vorhergehender Halserkrankung 235, 475, 783, 912.
— Ernährung bei — durch den Magenschlauch 916.
— Herzlähmung 30; Hemiplegie 31, 121, 646; Allocheirie 235, 475; Lähmung der Halsmuskeln 410; cerebrale Lähmung 583.
Diphtheritische Laryngo-Tracheitis 730.
Diphtheritische Mastitis durch Infection beim Säugen diphtheritischer Kinder 294, 474.
Diphtheritische Membran, Methode zur Gewinnung und Verschickung der — 905; Lebensfähigkeit der Bacillen in der — 778.
Diphtheritische Perichondritis 646 (mit Nekrose des Ringknorpels).
Diphtheritische Rhinitis 784 (bei einem Säugling); s. Rhinitis fibrinosa.
Diphtheritische Stenose s. Intu-

bation und Tracheotomie; Curettement der Trachea wegen — 124.
Diphtheritische Syphilide 507, 520.
Dislocation des Halses, Symptomengruppe bei — 33.
Ductus thyreo-glossus, Fortbestehen des — 210, 211; Cyste des — 389.
Ductus Riviniani, Acute Entzündung des — 968.
Ductus Whartonianus, Eine Stecknadel im — 403.
Durchbruch kalter Abscesse der Thoraxwandung in die Lungen resp. Bronchien 13.
— eines Halsabscesses nach dem Pharynx und äusseren Gehörgang 505; s. a. Perforation bei Oesophagus, Trachea etc.
Durchschneidung des Halses 130, 300; s. Trachea, Verletzung der —.
Dysphagie geheilt durch Massage 791.
Dysphagie bei Kehlkopfphthise, Zwei Formen von — 242; Behandlung der — 243.
Dysphagie in Folge von Oesophaguskrampf 313.
Dysphemie und Bemerkungen über die Natur der Neurosen 662.

E.

Eindringen von Blut in Larynx und Trachea beim Operiren im Mund. Verhüten des — 231, 287.
Ekzem der Wäscherinnen lokal mit Schilddrüsenextract behandelt 311.
Elektrische Einrichtungen für das Sprechzimmer 317.
Elektrischer Schaum als Nebenschluss 391.
Elektrokaustik bei Nasen- und Halskrankheiten 102; s. Galvanokaustik.
Elektrokaustische Schlinge, Nutzbarkeit der — 391.
Elektrolyse, Werth der — in der Laryngologie 55; gleichzeitige multiple — 84.
— bei Krankheiten der oberen Luftwege 460.
— bei Kropf 431.
— bei Nasenscheidewand-Exostosen und -Verbiegungen 15, 51, 84, 376, 498, 511, 512, 513.
— bei Nasenpolypen 104.
Elektrolyse bei Oesophagusstricturen 43, 999; s. Katalyse.
Endolaryngeale Operationen, Transformation von gutartigen laryngealen Tumoren in bösartige in Folge von — 83, 185, 186, 426.
Enuresis nocturna in Folge von Nasen-Rachenerkrankungen 69, 70, 575, 768.
Epiglottis, Abtragung der — bei Larynxphthise 243; Bildung einer neuen — 416; Fehlen der — 854; Verhalten der — bei Recurrenslähmung 992.
— Carcinom der — 24, 859.
— Cyste der — 536.
— Epitheliom der — 612.
— Papillome der — 23, 608.
— Totalexstirpation der — 859.
— Tuberkulöse Ulceration der — 753, 919 (chirurgische Behandlung der —).
— Tumor der — 677.
— Verlängerung der — 317 (und operative Verkleinerung).
Epileptiforme Anfälle durch Veränderungen in den Nasenhöhlen 279, 315, 893.
Epileptiker und Idioten, Nase und Nasenrachenraum bei — 961.
Epiphora intranasalen Ursprungs 68.
Epithelialgeschwülste, gutartige centrale — der Kieferknochen 287.
Epulis 111.
Erfrorene Nase, zur Behandlung der — 277.
Erkältung 569 (Pflege kleiner Kinder im Sommer).
Erleuchtung und Untersuchung der Nasenhöhle 629.
Ernährungszustand, Einfluss eines schlechten — auf Hals, Nase und Ohr 755.
Erythem des Gesichts nach Cocain 47.
— der Mundhöhle 74.
— bei Tonsillitis 830.
Ethmoiditis 378, 514, 515; — Fall von eitriger — mit Caries 97; nekrotisirende — 147; Beziehung der Nasenpolypen zur — 455, 674; s. Siebbeinzellen, Eiterung der —.
Eunuchen-Stimme 44, 994; Behandlung der — 994; s. Falsettstimme.
Exanthematische Krankheiten. Pflege von Hals und Nase während der — 957.

Exophthalmie infolge eines Syphiloms der Fossa pterygo-palatina 960.
Exothyropexie 432, 667, 932; — mit tödtlichem Ausgang 800.

F.

Falsett-Stimme, die wahre Natur der — 660; s. a. Eunuchenstimme u. Stimme.
Fauces (s. a. Rachen, Schlund etc.), acute recurrente Entzündungen der — 57; primäre Gangrän der — 289; Geschwüre der — bei Tuberkulösen 468.
Ferripyrin als Hämostaticum 888.
Fettsucht, Schilddrüsen-Tabloids bei — 603.
Fingernagel-Curette 626, s. adenoide Vegetationen.
Fistula colli congenita s. Halsfistel.
Folliculitis bucco-pharyngea 115.
Fossa pterygo-palatina, Exophthalmie infolge eines Syphiloms der — 960.
Fractur des Kehlkopfs 125 (durch Strangulation) 482, 609, 921, 922.

G.

Galvanochirurgie 165: s. a. Galvanokaustik.
Galvanokaustik bei Behandlung der Nasen- und Schlundkrankheiten 102; — bei Abtragung des Zäpfchens 260; die leichteste Methode der — 318; die — in der Nasen- und Halschirurgie 391; Missbrauch der — in der Rhinologie 628.
Galvanokaustischer Handgriff, neuer — 392.
Gangrän, spontane symmetrische — der Ohrmuscheln, Nasenspitze und Zehen 453.
Gangraena faucium primaria 289; s. Fauces.
Gastro-intestinale Störungen, Symptome von Seiten des Larynx bei — 417.
Gastrotomie 253, 805; — nach Witzel 253; neuste Methode der — 253, 607; — mit Sphincterbildung aus dem Rectus abdom. 253.
Gastrotomie bei Oesophaguscarcinom 203, 253, 497.
— bei Oesophagusstrictur 202, 253, 374 (temporäre —), 550, 607, 736, 805.
— wegen Fremdkörper 373, 435, 606, 863.
Gaumen, der herabfallende — 347; totaler Defect des weichen — 348; die Nervenendigungen im — des Frosches 580.
— Adenoidgeschwülste des — 640.
— Adhäsionen des — s. Rachen, Verwachsung des —.
— Alveolarsarcom des — 351.
— Angiom des — 640.
— endotheliale Geschwülste des — 969.
— Epitheliom des — 351.
— Geschwulst des — 20 (mit Blutungen aus dem Munde), 350, 640.
— Lupus des — 557 (primärer —).
— Mycosis fungoides des — 115.
— Naevus vasculosus des — 833.
— Papillom des — 20, 262 (mit Degeneration in Sarcom).
— Paralyse und Atrophie des — 616.
— Perforation des — 639 (bei Scharlach), 639, 833 (durch Syphilis).
— Resection des harten — 291 (behufs Exstirpation eines basilaren Rachentumors).
— Sarcome des — 262 (Exstirpation, Tod), 350 (plexiforme —), 351, 640 (mit Erysipeltoxinen erfolgreich behandelt).
— syphilitische Ulcerationen des — 346, 832, 833 (hered. tarda).
— Tuberkulose des — 617.
— Tumor des — 640.
— Verletzung des — 350.
— Verwachsung des — s. Rachen.
Gaumenbögen, narbige Verwachsung der hinteren — 113, 114; angeborener Substanzverlust des einen — 348; symmetrische Defecte beider — 348; angeborene Missbildung der vorderen — 743, 776.
Gaumendach, maligne Geschwülste des — 168; vorschreitende Resorption des — 578.
Gaumenhaken 351.
Gaumensegel, Angio-Lymphangiom des — 46.
— congenitale Anomalie des — 20, 348, 638.
— Fibrom des — 388.

Gaumensegel, gelapptes Pflasterzellenepitheliom des — 641, 776.
— Innervation des — 348, 641.
— Lähmung des — 364, 642 (nach Anginen), 752 (neben Stimmbandlähmung).
— neurotrophische Läsion des — 466 (bei multipler Neuritis).
Gaumenspalten 110, 349, 638, 639, 897; seltene Form von — 261; die — vom orthophonischen Standpunkt aus 349; Operationen wegen — 349, 350, 638, 834, 349 (nach der Methode Brophy); Nadeln für — 350; Prothese für — 638; Obturator mit Gebiss für — 639; Obturator für — 833.
Gebiss, künstliches, Gefahren beim Tragen eines — 313; s. Oesophagus, Fremdkörper im —.
Gehirn, Einfluss nasaler Verstopfung auf das — 570.
Gehirninfection von Seiten der Nase 826; s. Infection.
Gelenkrheumatismus (s. a. Rheumatismus), die Angina beim acuten — 288; zwei Fälle von acutem — in einer Familie 299 (mit Betheiligung des Larynx); s. rheumatische Affectionen etc.
Genitalsystem, Beziehung zwischen - und Athemsystem 280, 563; Zusammenhang zwischen Nase und — 270.
Gerüche, Klassification der — 56; Einfluss der — auf die Stimme 365, 660.
Geruchsempfindungs-Störungen 160.
Geruchsqualitäten, Versuch einer Nomenclatur der — 507.
Geruchssinn, Physiologie des — 691; Untersuchung des - als diagnostisches Hilfsmittel 691.
Gesangsmethoden. Der Effekt unrichtiger — auf die Stimmorgane 323; Wirkung ungeeigneter — auf die Stimmbänder 366.
Geschmacksempfindung gesunder und rachitischer Kinder 73; — Störungen der — nach Exstirpation der Zunge 230.
Geschmackssinn 691.
Geschmacksknospen in den blattförmigen Papillen der Kaninchenzunge 772.
Gesellschaftsberichte und Versammlungen s. vorn im Inhaltsverzeichniss Seite V.
Gesicht, Erysipel des — 177 (secundär nach Rachenerysipel); Erythem des — 47 (nach Cocain); angeborene Defecte im — 261; Deformitäten des — 575, 746 (bei Verstopfung der oberen Luftwege); Phlegmone des — 1001.
Gesichtsknochen, Durchleuchtung der — 345 s. Kieferhöhle, Nasennebenhöhlen etc.
Gesichtsschutz zur Untersuchung erkrankter Hälse 690, 818.
Gesichtsspalte, zur Frage der schrägen — 898.
Gichtische Halsaffectionen 26, 318, 829.
Gingivitis, chronisch-hypertrophische — mit Leukocytose 111; chirurgische Behandlung der — 402.
Gipsabgüsse des Nasenrachenraumes und der Choanen 148.
Gland. sublingualis, Syphilis der — 688.
Glossite basique s. Zungenbasis, Entzündung der —.
Glossitis (s. a. Zungenpapillenentzündung); eine neue Form von — 403; von den Zähnen ausgehende — 580.
— acute folliculäre 57.
— exfoliativa 773.
— marginalis erythematosa 405 (bei Säuglingen).
— superficialis 76.
— syphilitica 404.
Glottiserweiterer, Krampf der — s. Spasmus hystericus.
— Lähmung der — s. Posticuslähmung.
Glottiskrampf s. Spasmus glottidis.
Glottisoedem s. Larynx, Oedem des —.
Glykosurie nasalen Ursprungs 280, 570, 933; — bei Myxoedem und Schilddrüsenbehandlung 548.
Gonorrhoische Affection der Mundhöhle bei Neugeborenen 225.
Grippale Laryngitis, mehrere Fälle von — 48.
Grippe s. Influenza.
Guajacol bei Mandel- und Rachenentzündungen 171, 464.
Gurgelungen, therapeutischer Werth der — 64.
Gurgelwässer, ein Ersatzmittel für — 452.

H.

Haemoptysen und Blutungen der Zungenmandel 47; s. Blutung.
Haemostatica s. Blutstillung.
Hals, Anatomie des — 816; die Bakterien im menschlichen — 462; der — der Wärter 689; Blutung aus dem — 695.
— Adenophlegmone des — 972.
— Angiom am — 688.
— Carcinom des — 212, 469.
— Cyste des — 816.
— Dislocation des — 33 (Symptome bei —)
— Epitheliomatöse Cyste des — 389, 506.
— Fremdkörper im — 469 (Fischgräte).
— Hydrocele des — 211, 506, 689.
— Hygrom am — 212, 389.
— Lupus des — 695 (im Frühstadium).
— Lymphom des — 212 (malignes —).
— Mykosis des — 974.
— Neurasthenie des — 679, 974.
— Phlegmone des — 61, 388, (gangränöse —) 505.
— Sensorische Neurosen des — 469, 974 (im Climacterium).
— Syphilis des — 469 (tertiäre —).
— Tumor am — 212 (beim Neugeborenen), 956 (congenitaler —).
— Ulceration im — 972 (mit gleichzeitiger Darmulceration), 973 (selbst beigebrachte —).
— Verletzung des — 350 (s. a. Trachea); s. a. Rachen etc.
Halsaffectionen 691; — bei Gichtikern 26, 318; Behandlung der — bei Kindern und Säuglingen 159; die Aetiologie der — 273; einige Complicationen von — 568; Zusammenhang von Zahn- und — 577; diagnostische Bedeutung von Halsschmerz für — 704; — bei Myxoedem 735; — bei Influenza 756, 757.
— ansteckende — 972; s. Angina etc.
— rheumatische — 114, 170, 288, 461.
Hals- oder Lungenerkrankung? 723.
Halsdouche 117.
Halsdrüsen, Carcinom der — 24; Epitheliom der — 564; tuberkulöse — 389 (Exstirpation der —); Torticollis nach Exstirpation von — 506; Beziehung der Tuberkulose der — zu der der Tonsillen 775; Vereiterung der — und der Mesenterialdrüsen bei Ulceration im Halse 972.
Halsdrüsen, die geschlossenen — 731, 996; s. Lymphdrüsen.
Halsentzündungen, s. Angina, Tonsillitis etc.; Beziehung der im Hals vorkommenden Bakterien zu den acuten — 462; wahrscheinliche Identität der verschiedenen Formen acuter septischer — 970.
Halsfisteln 210 (mit zusammengesetzter Wandstructur; Anthrophore bei der Behandlung der — 506.
— angeborene — 210, 506, 619; s. Ductus thyreo-glossus.
Halsgeschwülste, Beiträge zur Pathologie der — 24; angeborene — 389; die Wichtigkeit der Frühdiagnose maligner — 469, 678.
Halskrankheiten, Lehrbücher der — 205, 436, 437, 554. 607. 671, 806; s. Halsaffectionen.
Halsneurosen 469, 679; sensorische — im Climacterium 974.
Halsschmerz und seine diagnostische Bedeutung 704.
Halswirbelsäule, Lordose der — 482 (mit Druckgeschwüren an der Ringknorpelplatte.)
Halswunde, quere, s. Trachea, Verletzung der —.
Hasenscharten 110, 897; operative Behandlung der schweren Fälle von — 110, 897.
Hasenscharten-Kieferspalte 897.
Hasenscharten-Naht 286.
Hautcomplicationen bei Stomatitis 224.
Hautkrankheiten mit Schilddrüsenextract behandelt 202, 309, 310, 311, 803.
Heiserkeit und Lebensversicherung 239.
Hemiplegie nach Diphtherie 31.
Herzlähmung nach Diphtherie 30; s. diphtheritische Lähmungen.
Herztod bei Diphtherie 120.
Heuasthma s. Heufieber.
Heufieber 279, 560; neue und erfolgreiche Therapie des — 279; lokale und allgemeine Behandlung des — 321, 569; hygienische Behandlung und Ohrreiben bei — 569; das —

und die Ethmoidalzellen 569; Beziehung postnasaler Hypertrophie zum — 825.
Highmorshöhle s. Kieferhöhle.
Hodenextract bei Larynxphthise 37.
Hörstummheit 663.
Hornhautgeschwüre, progressive bei Ozaena 217.
Hospitalberichte: Statistik der in der Klinik zu Bordeaux 1891—92 beobachteten Kehlkopf-, Nasen- und Ohrenkrankheiten 11; Jahrbuch der Wiener K. K. Krankenanstalten 11; Jahresbericht aus Prof. Monti's Kinderspitals-Abtheilung in Wien 1893 209; Jahresbericht des Gerber'schen Ambulatoriums in Königsberg 1894 209; drei Jahre poliklinischer Thätigkeit (Rostock) 210; Jahresbericht des „Vereins zur Heilung stotternder Volksschüler" im Hamburg 367; Statistik der Halsabtheilung des St. Thomas-Hospital 1892 und 93 387; Jahresbericht der Ohren- und Nasenklinik des Kopenhagener Garnison-Krankenhauses 1891—93 387, 625; Poliklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten 387; statistischer Bericht des Antwerpener St. Elisabethhospitals 1893 388; klinischer Bericht der Massei'schen Poliklinik 1893/94 625; Bericht der Marburger Universitäts-Poliklinik für Ohren-, Nasen- und Halskrankheiten 1890 bis 93 815; Bericht der Poliklinik (Breslau) für Hals-, Nasen- und Ohrenkranke 1894 815; Jahresbericht aus Prof. Pieniazek's laryngol. Klinik (Krakau) 1894 815; Bericht der Poliklinik in Toulouse 1894 816; zwei Jahre chirurgischer Thätigkeit 816.
Husten, nervöser — 728; Reflex-Husten und Ohr-Husten 794; rhythmischer — nasalen Ursprungs 825; s. Keuchhusten.
Hydrocele, angeborene am Halse 211, 506, 689.
Hydrorrhoea nasalis 67 (mit Opticusatrophie).
Hygroma am Halse 212; vereitertes — sub-hyoideum mit drohender Asphyxie 389.
Hypophysistumoren 460, 461.
Hysterische Bewegungsstörungen im Kehlkopf 738.
Hysterische Neurose post influenzam bei einem Kinde 280.

I. J.

Jahrbuch der Wiener K. K. Krankenanstalten 11.
Jahresbericht bearbeitet nach dem XI. Jahrgang des Centralblatts 1005.
Jahresberichte s. Hospitalberichte.
Ictus laryngis 655; s. Vertigo laryngea etc.
Idiosyncrasie, Beitrag zur Frage der — 274.
Idioten s. Cretins.
Infectionen nasalen Ursprungs 393, 568, 826; — vom Munde aus 771; — von den Tonsillen aus 169, 829; — bei Typhus durch die Athemwege 881; — der Speichelwege 968.
Infectionskrankheiten, Nasenleiden bei — 393, 826.
Influenza 155, 330, 331, 565, 689, 756, 757; Benzol bei — 12; die — und das respiratorische Organ 38; die Zunge bei der — 76, 773; — zur Bakteriologie der — 100; hysterische Neurose nach — 280; auf dem Pfade der — 330; Basedow'sche Krankheit nach — 372; acute Thyroiditis nach — 926; Definition der — 756; Halsaffectionen bei — 756 757.
— Aetiologie der — 565.
— Behandlung der — 12, 156, 157, 330, 331, 566, 757.
— Complicationen der — 330, 331; (Muskelabcess) 342, 343, 455; — (Entzündung der Highmorshöhle).
— Epidemie 156 (Graz), 156 (Prag), 330 (ältere —); Prognose nasaler Operationen während einer — 894.
— Pathogenese der — 566.
— Recidive von — 565, 756.
Influenzabacillen, Präparate und Culturen von — 155, 331.
Infundibulum 57, 761.
Inhalationen, Aenderungen der Stimme durch — 660.
Inhalationsapparate 690, Pfeifen-Inhalator 568, Menthol-Inhalator 568.
Instrumente 146, 381; ein neues Polypotom 44; Kehlkopfphantom 49; Demonstrationsapparat 52; Cocainzerstäuber 101; Beleuchtungsapparate 101, 145, 319, 392; Inhalatoren 568, 690; — zur Abhaltung des Blutes

vom Larynx beim Operiren im Munde 231, 287; 626 (Patentkauer), 626 (Fingernagelcurette), 676 (zur Anästhesirung bei Operationen im Munde), 690 (Schlinge), 690 (Stirnreif aus Hartgummi), 690, 818 (Gesichtsschutz).
Instrumente, zur Intubation 305, 306 (Phantom zur Erlernung der —).
— Für die Kieferhöhle, 44 (galvanisches — zur Eröffnung derselben), 767 (neuer Perforator).
— für den Larynx, 44 (Gefahren und Nachtheile gewisser Kehlkopfzangen), 133 (selbsthaltendes Laryngoskop), 133, 690, 868, 1001 (Spiegel), 133 (rotirende Doppelcurette), 133 (zur Entfernung von Kehlkopfneubildungen beim Kinde), 195 (Prothese), 563 (Spritze).
— für den Mund, 75, 968 (Mundsperrer), 230 (Zungenherabdrücker), 351 Gaumenhaken), 468 (Mandeldoppelcurette), 581 (Uvulotom), 671 Tonsillotom), 903 (Messer für Retropharyngealabscess).
— für die Nase 629; 19 (Apparat zum Nasenspülen), 221 (Douche), 222, 630 (Spritze), 19 (Pulverisator), 19, 895 (Specula), 19 (Rhinometer), 19 (Spiegel), 50 (zur Stillung von Blutungen); 143 (zur Correction des Septums), 162 (Nasenscheidewandmesser), 628, 759 (zur Vibrationsmassage), 629, 630 (Zange), 630 (Schlinge), 630 (Spray), 895 (Säge), 895 (Dilatator).
— Für den Nasenrachenraum, 19 (Sonde), 631 (Zange), 964 (Curette).
Insufflation von Pulvern in den Kehlkopf 600.
— von Natriumchlorid in die Nase zur Schmerzlinderung 888.
Interarytaenoidale Infiltrationen, neue Methode zur Operation der — 728.
Intra-buccales noduläres Erythem 74.
Intralaryngeale Injectionen bei Krankheiten des Kehlkopfs, der Trachea, Bronchien und Lungen 275, 276, 567, 808.
Intralaryngeale Operationen, zur Frage der Umbildung gutartiger Kehlkopfgeschwülste in bösartige nach — 185, 186.
Intramusculärer Abscess im Anschluss an Grippe 331.
Intranasale Chirurgie 18, 19, 222, 628, 629, 630; — und Pathologie 628; die kalte Schlinge in der — 628.
Intranasale Operationen, unberechtigte — 222.
Intranasale Synechien 399, 893 (knöcherne —); Nachbehandlung nach der Operation von — 629, 745.
Intranasale Zustände, Einfluss von — auf äusserliche Affectionen der Nase 277.
Intrathoracische Auscultation 13.
Intratracheale Injectionen von Menthol bei Lungentuberkulose 275, 808; — s. intralaryngeale Injectionen.
Intravenöse Sublimatinjectionen bei einem Falle von Zungensyphilis 38.
Intubation des Kehlkopfs 304, 305, 487, 745, 1002; — bei Erwachsenen 50, 256, 305, 481, 730; — im Kindesalter 82, 481; Erfahrungen über — in der Nürnberger Kinderklinik 82; — in der Privatpraxis 123; — mit gefensterter Tube 133; Ernährung der Kinder nach der — 305, 916; neue Instrumente zur — 305; neuer Einführer und Extractor 925; Phantom zur Erlernung der — 306; neues Verfahren zur — 924; aussergewöhnliche — 924.
— bei Diphtherie und Croup 81, 82, 123, 298, 299, 480, 481, 533, 586, 652, 653, 790, 791, 911, 916, 981, 982; Ernährung durch den Magenschlauch bei — 916.
— bei diphtheritischer Stenose 82, 123.
— bei nicht-diphtheritischer Stenose 487, 875.
— bei Keuchhusten 85.
Intubationsröhre, Bestimmung einer verlorenen — mit dem electrischen Sucher 132; — Athemschwierigkeiten nach Entfernung der — 653.
Jodoedem 274.
Jodoformdämpfe bei Coryza u. Bronchitis 394, 508, 821.
Jodsäure u. jodsaures Natron, klinische Anwendung von — 274.

Jodsilber in statu nascendi bei Ohren-, Nasen- u. Halsleiden 451.
Jodtinctur bei Nasen- u. Rachenerkrankungen 64, 889.

K.

Katalyse als selbständige Behandlungsmethode 497.
Kauen und Schlucken, Rindenfeld, subcorticale Bahnen und Coordinationscentrum für — 167; Störungen im — nach Exstirpation der Zunge 230.
Kehlkopfausgang, Völliger Verschluss des — nach Selbstmordversuch 300.
Kehlkopfgeschwülste 184, 185, 537, 538, 676; zur Frage der Umbildung gutartiger in bösartige — 83, 185, 186, 426; Recidiv einer — an einer neuen Stelle nach 22 Jahren 256.
— in einem Falle von Kropf 264; subglottische — bei Larynxphthise 266; anscheinend plötzlich entstandene — 267; Beiträge zur Operation kleiner — 425; Resultate der Radicaloperation bösartiger — in der Privatpraxis 539; Entfernung von — bei jungen nervösen und ungeberdigen Kindern 854, 879.
— gutartige — 934 (galvanokaustische Behandlung von —).
— maligne — 676; Werth der Frühdiagnose bei — 469, 678; Sammelforschung über die operative Behandlung der — 58, 328, 858.
Kehlkopflähmungen s. Stimmbandlähmungen.
Kehlkopf-Luftröhren-Prothese 195.
Kehlkopfmuskeln 534, 535; Bewegungen der — am Phantom dargestellt 49; experimentelle Untersuchungen über den feineren Mechanismus der — 536; syphilitische Gummata der — 725; s. Cricothyreoideus etc.
Kehlkopfmusculatur der Amphibien 533.
Kehlkopfpfeifen der Pferde 86.
Kehlkopfspritze für submucöse Injectionen 563.
Kehlkopfsymptome in einem Falle von disseminirter Sklerose 265.
Kehlkopfsymptome bei sich entwickelndem Aneurysma 376, 797.
— bei gastro-intestinalen Störungen 417.
Kehlkopfzangen, Gefahren u. Nachtheile gewisser — 44.
Keilbeinhöhle, Fall von Sarcom ausgehend von der — 107.
— Katheterismus und Exploration der — 933.
— Caries der — 498.
— Empyem der — 45, 93, 94, 107, 498, 508; das — und die retropharyngeale Phlegmone 107; Pathologie und Therapie des E. 339.
— Fremdkörper in der — 142.
Keuchhusten 84, 85, 359, 728; der — schwangerer Frauen 85; Pneumonie im Verlaufe von — 85; Pneumothorax bei — 85; das Sputum bei — 359; Harnveränderungen bei — 359; Hustenparoxysmen bei — 359; Localisation des — im Nasenrachenraum 541; Schädigung des rechten Herzens bei — 542; Einfluss der Pockenimpfung auf den — 85, 729.
— Bakteriologie des — 990.
— Behandlung des — 85, 542, 728, 729, 794, 990; — durch die Vaccination 85, 729; — mit Antispasmin 543; — mit Bromoform 360, 542, 990; — mit Antipyrin 729; — mit Resorcin 543; — mit mandelsaurem Antipyrin 543, 990, 991; — mit Chloroforminhalation 990.
— Intubation bei — 85.
— Lokalbehandlung des — 85.
— Prophylaxis des — 542.
Kiefer, Nekrose des — im Verlaufe von Typhus 701; solider Tumor des — paradentären Ursprungs 701; Ankylose des — 701, 899; Krebs des — 900 (operative Behandlung des —). s. a. Ober- und Unterkiefer.
Kiefercysten 701, 900 (im Zusammenhang mit den Zähnen).
Kieferhöhle, Fall von Epithelmetaplasie der — 346; Frühoperation bei Krankheiten der — 675; Beziehung der — zur Stimmresonanz 763; verbesserte Methode zur Drainage der — 261.
— Abscess der — 45; verbesserte Behandlungsmethode für — 106.
— Aspergillus-Mykose der — 262, 323.

Kieferhöhle, Chirurgie der — 767 (Fortschritte der — seit 10 Jahren), 882.
— Cylindrom der — 108.
— Cysten der — 767.
— Durchleuchtung der — 109, 345, 385, 763, 765.
— Empyem der — 45, 107, 109, 143, 343, 344, 346, 763, 764, 765, 767; traumatisches — 143; latentes — 766; Retropharyngealabscess durch — 107; Abscess des Augenlides bei — 765; zur Diagnose des — 107, 344, 345, 766; Behandlung des — 338, 343, 346, 763, 766, 882; 767 (Frühoperation), 767 (Neuer Perforator für —).
— Endotheliom der — 108.
— Entzündung der — 763; — nach Influenza 342, 343, 455.
— Epithelialcarcinom der — 768.
— Fremdkörper der — 744, 767.
— Hydrops inflammatorius der — 763.
— Sarcom der — 768.
— Tuberkulose der — 771.
Kieferklemme 517, 701; s. Ankylose.
Kieferknochen (s. a. Ober- und Unterkiefer), Gutartige centrale Epithelialgeschwülste der — 287.
Kiemengangcysten, Multilokuläre — 688.
Kiemenspalte von ungewöhnlicher Länge 956.
Klima, Einfluss des — auf Ohren- und Nasenrachenleiden 391.
Klimatische Behandlung bei cirrhotischer Rhinitis 822.
— des Morb. Basedowii 862.
Knochenblasenbildungen in der Nasenhöhle 104.
Knochencysten der mittleren Muscheln 46.
Kölnisches Wasser bei Affectionen der oberen Luftwege 275.
Kopf, Anatomie des menschlichen — 816.
Kopfschmerz bei Nasen- und Rachenkrankheiten 69, 439, 696; halbseitiger — geheilt durch intranasale Eingriffe 279.
Krampf, Primärer hysterischer — der Glottiserweiterer 86.
— des Accessorius 361 (mit Stimmbandbetheiligung); einseitiger klonischer — des Rachens und Kehlkopfs 362; s. Spasmus glottidis etc.
Krankenvorstellungen 346.
Krankenwärter, Untersuchung der lymphatischen Gebilde im Hals der — 689.
Kreosot und seine Wirkung auf den Tuberkelbacillus 689.
Kropf 247, 430, 431, 799; secundäres Carcinom der Schilddrüse nach — 46; Kehlkopftumor in einem Falle von — 264; geographische Vertheilung des — 429; der — in Samarkand 196; K. in Finland 430, 601; K. in den Ostseeprovinzen 545; Tetanie und — 430; — bei persistirender Thymusdrüse 430; der — bei Morb. Basedowii 493; Fall von — mit Raynaud'scher Krankheit etc. 547; zur Histologie und Histogenese des — 601; partielle Thyroidectomie und Tracheotomie wegen — 602; Trachealcompression durch — 546; Ursache der bei — vorkommenden Erstickungsanfälle 666.
— accessorischer — 545 (an der Zungenbasis); s. a. Nebenschilddrüse.
— cystischer — 491 (tödtliche Blutung in einem —), 546 (hämorrhagischer —); s. Cystenkropf.
— endemischer — 196, 430, 545, 601.
— experimenteller — 803 (durch Injection von Schilddrüsenextract).
— maligner — 431, 861 (Entfernung eines —); s. unter Schilddrüse.
— retrosternaler — 88.
— suffocativer — 88.
— Behandlung des — 799; chirurgische — 432, 927; — mit Massage 196; — mit Electrolyse 431; — mit Injection von Jodoformäther 431; — mit parenchymatösen Jodinjectionen 432, 861, 926; — mit Schilddrüsenextract 603, 663, 861, 997; — mittelst Thyroidectomie 602, 800, 861.
Kropfexstirpationen, Erfolge der — in der Würzburger chirurgischen Klinik 433; zur Casuistik der — nach Socin 546.
Kropfkapsel 430.
Künstliche Athmung 329, 567.
Künstliche Gebisse, Gefahren beim Tragen von — 313.

L.

Lähmung, combinirte — der rechten Portio dura u. der Vagusnerven 364.

Laryngectomie 84, 194, 858; künstliche Sprachbildung nach — 194; nach einer neuen Methode 427, 677.

— partielle — 189, 192, 428, 858.

— totale — 83 (wegen eines benignen Tumors); — wegen Carcinom 189, 192, 193, 428, 539, 858; Sprechen nach — 368, 369.

Laryngismus, Chronischer — 86.

— stridulus 361, 991; — nach Schussverletzung am Arm 361; Behandlung des — 361.

Laryngitis bei Frauen 280; intranasale Geschwülste als ätiologischer Factor für — 454; — und Pachydermie 595; — durch den Bacillus Pfeiffer verursacht 627; Differentialdiagnose zwischen suffocativer — u. diphtheritischem Croup 712.

— acute — 34, 239 (bei Kindern Croup vortäuschend).

— acute catarrhalische — 239 (Ulceration bei —), 420 (Behandlung der —).

— chronica sicca 595, 723.

— chronische — 35, 421, 749; Milchsäure bei — 50; Behandlung der — 317, 421, 598.

— einseitige — 562.

— fibrinosa 420.

— grippale — 48.

— hiemalis 257.

— hypertrophica chronica 51.

— hypoglottica chronica 51, 792.

— phlegmonöse — 34, (primäre —) 723.

— stridulöse — 654 (Behandlung der —), 991 (mit anhaltender Aphonie) 991.

— submucöse — 34, 554.

— syphilitica, s. Larynx, Syphilis des —.

— tuberkulöse — s. Larynx, Tuberkulose des —.

Laryngocele 536, 746.

Laryngofissur 185, 427.

Laryngologie, Entwicklung der — 1884—94 1; Stellung der — nach Aussen 1; Werth der Electrolyse in der — 55; klinische Mittheilungen aus dem Gebiet der — 130; Atlas der — 138; die Stellung der — in den medicinischen Wissenschaften 154; die — in Wien 154, 326; neuere Fortschritte in der — 317.

Laryngologische und rhinologische Literatur, kritische Bemerkungen zur — 155, 597, 887.

Laryngo-Rhinologische Mittheilungen 160, 388, 625.

Laryngo-rhinologischer Unterricht, Wandtafeln für den — 503.

Laryngoskopisches Bild, Demonstration des — 132.

Laryngostroboskopische Untersuchungsmethode 854.

Laryngotomie 83, 539; Chirurgische Nachbehandlung der — 131; — bei acuter Tonsillitis und Kehlkopfödem 419; mediane — vor der Totalexstirpation bei Carcinom 539.

Laryngo-Tracheitis, Fibröse — diphtheritischen Ursprungs 730.

Laryngo-Tracheotomie 924 (wegen Fremdkörper).

Larynx 8; der — eines Pferdes 86; Muskulatur des — bei Amphibien 533; Mechanismus der Muskulatur des — 386; Schlüsse aus den anatom. u. physiolog. Verhältnissen des — auf die Pathologie u. Therapie des — 33; Pulsiren des — 299; Insufflation von Pulvern in den — 600; Chloroformdämpfe als Reiz für den — 564; Untersuchung des — bei jungen u. ungeberdigen Kindern 854, 879; äussere Untersuchung des — 865, 989; Sprechen ohne — 194, 368, 369.

— Abscess des — 241, 596 (nach Scarlatina).

— Angiom des — 621 (zweifelhaftes —).

— Anomalie des — 563 (congenitale —).

— Arthritis deformans des — 255.

— Autoscopie des — 853, 989.

— Benigner Tumor des — 83 (Laryngectomie wegen eines —), 537, 538 (der Galvanokauter bei —).

— Bewegungsstörungen des — 783 (— bei Hysterischen).

— Carcinom des — 84, 189, 190, 191, 192, 193, 267, 425, 426, 428, 539, 560, 563, 726, 727, 869; zur Aetiologie des — 84; Fälle von zweifelhaftem 560; — Coexistenz von — mit Sarcom 425 (mit Tuberkulose s. Lu-

pus-Carcinom); Operationsresultate bei — 539; Heilungen von — 192, 193, 267, 426.
Larynx, Chorea des — 125.
— Chronische Congestion des — 35, 621; s. Laryngitis chronica.
— Cyste des — 680, 856.
— Diphtherie des — s. Diphtherie.
— Dislocation des — 33.
— Epitheliom des — 190, 191, 192, 193, 538 (wahrscheinliches —), 538, 621 (Frühstadium eines —), 676, 727 (lokal recidivirendes —), 857, 920 (— bei Lungentuberkulose).
— Erkrankung des — 34 (bei Typhus), 126 (Verhütung von — durch Stimmübungen in den Schulen), 598 (Beziehung von — zur Lungentuberkulose), 339, 653, 917 (— Croup vortäuschend).
— Erysipel des — 54, 417.
— Excision des — 189, 427, s. a. Exstirpation.
— Exstirpation des — s. Laryngectomie.
— Fibrome des — 52, 536 (Histologie der —), 185 (ödematöses —), 424 (telangiectatisches —), 537, 609, 612 (cystisches —).
— Fractur des — 125, 482, 609, 921, 922; — mit Blutspeien und Hautemphysem 482.
— Fremdkörper im — 129, 130, 147, 300, 483, 484, 676, 729, 795, 922, 923; 129 (Stück Glas), 129 (Blutegel), 130 (Kugel), 300 (Sicherheitsnadel), 300 (Schuhnagel), 484 (Münze), 484 (Nadel), 484 (Tod durch Kirschkern); Gefühl von — unterdrückt durch Cocain 43, 129.
— Functionen des — 363, 386, 657.
— Geschwülste des — s. Kehlkopfgeschwülste.
— Gumma des — 856 (nicht ulcerirtes, umschriebenes —).
— Innervation des — 49, 55, 363, 377, 657.
— Krampf des — 361, 362.
— Lepra des — 599, 794.
— Lichen des — 386.
— Lupus des — 96, 558, 559, 870; 920 (primärer —).
— Lupus-Carcinom des — 726, 727.
— Lymphangiom des — 855.
— Lymphosarcom des — 83, 381, 388.
— Myxom des — 676.
Larynx, Neubildungen des — s. Kehlkopfgeschwülste.
— Neurasthenie des — 744.
— Oedem des — 35, 554; 34 (— bei Typhus), 34 (— als Anfangssymptom Bright'scher Krankheit), 38 (— nach syphilitischer Ulceration), 240 (acutes — bei Rheumatismus), 419 (— bei acuter Tonsillitis), 419 (acutes supraglottisches —), 420 (retrolaryngeales —), 595 (acutes primäres und infectiöses —), 866 (acutes circumscriptes —).
— Pachydermie des — 35, 48, 49, 92, 98, 268, 595, 596, 617, 738, 754, 793, 871; Behandlung der 35, 47 (der diffusen —); Laryngitis u. — 595.
— Papillome des — 97, 148, 184, 256, 424, 537, 608, 676, 726, 727, 784, 856; — bei Kindern 148, 537; Recidiv von — nach 22 Jahren an einer neuen Stelle 256; Croup bei — 784.
— Paraesthesien des — 524 (bei Neurasthenikern).
— Perichondritis des 500, 596 (nach Typhus), 616, 617, 646 (diphtheritische —), 728, 920.
— Phlegmone des — 34, 35 (infectiöse —), 240 (primäre —).
— Plaques muqueuses des — 725 (seltene Form der —).
— Polypen des — 47 (Aetiologie der —), 83 (spontane Heilung eines —), 83 (Beitrag zur Lehre über —), 185 (Thyrotomie wegen —), 384, 856 (tuberkulöse —), 726 (subglottischer —).
— Rheumatismus des — 124, 240, 299, 595.
— Sarcom des — 146, 184, 188, 189, 425, 538, 727, 827; — fasciculatum 188; subchordales — 538; Coexistenz von — mit Carcinom 425.
— Sklerom des — 385, 424, 857.
— Stenosen des — 930, 932; syphilitische — 38, 266, 379, 499, 500, 868, 920; perichondritische — 500, 596, 920; tuberkulöse — (?) 266; lupöse — 870; — bei Influenza 38; — bei Typhus 615, 968; — durch membranöse Verwachsung der Stimmbänder 86; — durch Narben nach Halsdurchschneidung 300; — nach Tracheotomie 303; Heilung von — durch Carbolsäureinjection 424; Be-

handlung der — mittelst Schrötter-scher Bolzen 489; instrumentelle Behandlung der — 920; Opium bei der Behandlung der — 654; Behandlung der acuten und chronischen — 872.
Larynx, Syphilis des — 38, 379, 421, 499, 500, 725, 856, 869; tertiäre — 48, 241, 242, 421, 745; — hereditaria tarda 725.
— Totalexstirpation des —, s. Laryngectomie.
— tuberkulöses Pseudo-Neurom des — 36.
— tuberkulöse Tumoren des — 384, 856, 917.
— Tuberkulose des — 36, 51, 96, 148, 242, 243, 388, 422, 617, 622, 869, 917; acute — 51, 242; — mit mehrjährigem Stillstand 96; dysphagische Formen von — 252, 596; — seltene Formen von — 378, 596; vorgeschrittene — 269; chronische — 612; geheilte — 793, 918; Unheilbarkeit der — 724; Frühformen der — 917; primäre juvenile — 917; subglottische — 918; obscure Ulceration im Rachen bei zum Stillstand gekommener — 561; — mit Caries des Schildknorpels und extralaryngealem tuberkulösem Abscess 597; primäre — durch Cohabitation 597; 743; Fall von — mit kleinem subglottischen Tumor 266; Verhalten der Schleimdrüsen bei — 36; Läsionen der Nerven bei — 37; zur Diagnose der — 124; Pathologie der — 917; Lokalbehandlung der — 245 (Indicationen und Grenzen der —), 422, 724; Behandlung der Complicationen der — 724; Behandlung der — 36, 45, 242, 243, 244, 245, 597; moderne — 919; chirurgische — 37, 46, 53, 243, 244, 245, 324, 597, 724, 793, 919; — in Colorado Springs 36, 324; — mit Hodenextract 37; — mit Schwefelwässern 44; — mit Creolin 92; — mit Thiosinamin 243; — mit Kreosot 422, 918; — mit Anilin 597; — mit Tuberculin 597; — mit Milchsäure 324, 422, 423.
— Tumoren des —, s. Kehlkopfgeschwülste.
— Varicen im — 855.
Lebensversicherung, Heiserkeit bei der — 239.
Lehrbücher der Nasen- etc. Krankheiten 139, 205, 437, 554, 607, 671, 806.
Leptothrix buccalis, Zur Biologie des — 966.
Leukämie mit seltenen lymphoiden Geschwülsten der orbitalen und der Ohrspeicheldrüsen 273.
Leukocyten, Beobachtungen an — 888.
Leukoplakia buccalis 967.
Leukoplakia oris und ihre Beziehung zu Lues und Carcinom 225; Behandlung der — 403, 404; praetabetische — 771; Papillom bei — 772.
Leukoplakie der Zunge 773.
Lichen planus der Mundhöhle 74.
Lichen ruber, Eine Erkrankung des Kehlkopfs bei — 386.
Ligamentum ary-epiglotticum, Lymphangiom des — 855; Varix des — 855.
Lingualarterie, Verletzung der — 62.
Linguales Tuberculom 405.
Lippe, Ueber die Bildung einer — mittelst Lappens aus der anderen 110, 517; harter Schanker der — 167; secundäres Epitheliom der — 191 (nach Kehlkopfcarcinom); recidivirender Pemphigus der — 285, 770; Syphilis der oberen — 453; syphilitische Schanker der — 769; Frenula lateralia der — 897; Adenom der — 898; cavernöses Angiom der — 898; Krebs der — 898, 900 (operative Behandlung des —); Veränderung der — durch lange bestehende Mundathmung 967; s. a. Ober- und Unterlippe.
Lippenschleimhaut, Polypenartige Wucherungen der — 75.
Lippenspalte, Ein seltener Fall von medianer — 516.
Literarische Ethik 149.
Literatur, Kritische Bemerkungen zur neueren laryngologischen und rhinologischen — 155, 597.
Lobus olfactorius impar 277.
Loeffler'scher Bacillus s. Diphtheriebacillus.
Lues hereditaria tarda laryngis 38; s. Larynx, Syphilis des —.
Luftdruck, Luftbewegung und Luftwechsel in der Nase und deren Nebenhöhlen 568.

Luftwege, Eine gemeinsame Aetiologie der entzündlichen Krankheiten der — 12; Kölnisches Wasser bei Behandlung leichter Affectionen der oberen — 275; bakteriologische Untersuchung des pathologischen Secretes der oberen — 386, 699; normale und abnorme Zustände der oberen — 459; elektrolytische Behandlung bei Krankheiten der oberen — 460; die Erkrankung der oberen — bei Spitzencatarrh 566; Ortho- und Para-Chlorphenol bei Erkrankung der — 567, 889; genitale Störungen und Affectionen der — 563; Unmöglichkeit einer vollständigen Desinfection der — 782, 958; Beziehung der Nasenkrankheiten zu den unteren — 826; Alter und Geschlecht bei den Krankheiten der — 957; Waschung der — 958.
— Catarrh der — 755 (Entstehung des Schleimes beim —).
— Desinfection der — 782, 958.
— Fremdkörper in den — 164, 300, 301, 483, 485, 729, 749, 795, 922, 923; Methode zur Lokalisirung metallener — 302.
— Obstructive Erkrankungsprocesse in den — 215.
— Sklerom der — 857 (Beitrag zur Kenntniss des Verlaufes des —).
— Stenose der — 131 (chirurgische Massnahmen gegen —), 575, 746 (Gesichtsdeformitäten bei —), 599 (— durch syphilitische Adhäsionen).
— Syphilis der — 12, 261, 398 (Erscheinungsformen der —), 566 (Werth der Frühdiagnose bei —).
— Tuberkulose der — 12 (Diagnose der —).
— Vibratorische Massage der — 52.
Lungenkrankheit in ursächlichem Zusammenhang mit Nasenverstopfung 459.
Lungenkrankheiten 566; lokale Behandlung der — durch Trachealeinspritzungen 54; Behandlung der — mittelst Injectionen durch den Larynx 275, 276, 567; s. Spitzencatarrh.
Lungenphthise, Subcutane Injectionen zur Behandlung der — 567; Behandlung der — mit Ortho- und Para-Chlorphenol 567; die Beziehung von Nasen- und Kehlkopfkrankheiten zur — 598.
Lupus mit Schilddrüsenextract behandelt 310; die gewöhnlicheren Arten von — vulgaris und ihre Behandlung 507.
Lymphadenom mit Respirationsstörung 618.
Lymphangiom des Mundes und Gaumensegels 46.
Lymphdrüsen des Halses, des Nackens und der Submaxillargend, Subcutane Exstirpation der tuberkulösen — 389.
Lymphknötchen in der Schleimhaut der Speiseröhre, des Magens, Kehlkopfes etc. 433.

M.

Maden in der Nase 70, 71, 281.
Magen bei Schwefelsäurevergiftung 42; zur Behandlung des Soors im — 91; Fremdkörper im — 606; Perforation des — bei Salpetersäurevergiftung 804.
Magengeschwüre, syphilitische — und Trachealstenose 307.
Magenoperationen bei Carcinom und narbigen Stenosen 929.
Magenschmerz und Dysmenorrhoe in neuem Zusammenhang 825.
Makroglossie 227; 405 (muskuläre —) 773, 774; angeborene — 580.
Mal perforant der Backe 578; — des Mundes 578.
Malaria-Vergiftung, vasomotorische Rhinitis durch — 395, 508.
Maligne Degeneration s. Umbildung.
Mandelfieber nach Nesselausschlag mit Otitis verbunden 776; s. Tonsillitis.
Mandelstein 467, 636, 832; Halsweh bedingt durch — 637; Kalkconcremente 832.
Massage-Behandlung des Kropfes 196; — bei Dysphagie 791.
Maul- und Klauenseuche 402, 967.
Maxillarabscesse 517; s. Kiefer etc.
Mechanismus der Kehlkopfmuskulatur 386.
Mediastinaltumor 213, 803 (Tod durch —).
Mediastinitis bei perforirender Rachenwunde 525.
Mediastinum, Tumor des vorderen — 13.
Merycismus 62.

Metallische Elektroden bei nasaler und postnasaler Erkrankung 629, 674.

Milchsäure bei den verschiedenen Formen von chronischer Laryngitis 50; einige Anwendungen der — in der Laryngologie 422, 423; s. a. Larynx, Tuberkulose des —.

Miliartuberkulose, pharyngo-laryngealer Typhus der acuten — 51, 242, 703.

Morbus Basedowii s. Basedow'sche Krankheit.

Morgagni'scher Ventrikel, der sog. Prolaps des — 423, 537 (durch eine Neubildung im Kehlkopf vorgetäuscht), 792, 793, 855.

Motorische Anomalien des Kehlkopfs 363.

Motorische Innervation s. centrale Innervation.

Multiple Sklerose, Kehlkopfsymptome in einem Falle von — 265.

Mumps 11; (submaxillärer) 688; s. Parotitis.

Mund (und Mundhöhle), die Mikroorganismen des — 224; Abhaltung des Blutes vom Larynx bei Operationen im — 231; Apparat zur Anästhesirung bei Operationen im — 676; Streptokokken im — des Gesunden 770; Infection vom — aus 771; Desinfection des — 771.

— Blutungen aus dem — 20.

— Carcinom des — 403, 898.

— Epitheliom des — 406.

— Erythem des — 74.

— Fibrom des — 458.

— Geschwülste im — 458 (Ungewöhnliche —).

— Geschwüre des — 224.

— Gonorrhoische Affection des — 225 (beim Neugeborenen).

— Hygiene des — 401, 578.

— Lichen des — 74, 771.

— Lupus des — 96.

— Lymphangiom des — 46.

— Neurosen des — 75.

— Papillome des — 402, 772.

— Polypen des — 75, 968.

— Syphiloide Veränderungen im — 73.

— Trockenheit des — 74 (mit Trockenheit der Nase und Augen) 401, 474; Behandlung der — 401; s. Xerostomie.

Mund (und Mundhöhle), Tuberkulose der — 771, 967 (Aetiologie der —).

Mundathmung, Bildung von Zahnstein bei habitueller — 770; Veränderungen der Lippen bei lange bestehender — 967.

Mund- und Nasenathmung 957.

Mundkosmetica 227 (Dentalin).

Mundkrankheiten, Grundriss der — 75; Nomenclatur der — 579; Prophylactica gegen — 770.

Mundpflege bes. bei Quecksilbercuren 770.

Mundrachenerkrankungen, Augenhöhlenentzündungen im Gefolge von — 573.

Mundrachenhöhle, 8; die Polypen der — 75; Epitheliom der — 190, (auf den Larynx übergreifend).

Mundschleimhaut, polypenartige Wucherungen der — 75; blasenbildende Affectionen der — 402; multiple benigne Papillome auf der — 402; eine Operationsmethode des Carcinoms der — 403.

Mundseuche des Menschen 402, 967.

Mundsperrer 75, 968.

Mundwässer 227; Einwirkung der gebräuchlichsten — auf die Zahnsubstanz 287; zur Frage der Schädlichkeit der — 452.

Muschelvergiftung, Urticaria und Asthma nach — 888.

Mutismus hystericus 991, 992; s. Aphonie, hysterische.

Mykose der Mandeln 43; gutartige des hinteren Schlundes 46; mikroskopische und bakteriologische Untersuchungen über die — 46; — der Zunge 78; s. a. Rachen, Mykose des —.

Myosis narium s. Maden in der Nase.

Myxoedem 39, 40, 41, 89, 90, 136, 311, 312, 494, 549, 604, 735, 998; zur Geschichte des — 311; operatives — 41, 136, 998; — in frühem Stadium 39; — bei einem Geisteskranken 49, 136; — bei einem jungen Mädchen 89; — im Kindesalter 135; ein Fall von — mit ungewöhnlichen Symptomen 251; — und Morb. Basedowii 494, 928; — und sporadischer Cretinismus 494; — mit Glykosurie 548; postmortale Veränderungen bei — 734; Hals-

erscheinungen bei — 735; Beziehung der Schilddrüse zum — 735; — infolge angeborenen Schilddrüsenmangels 862.
Myxoedem, erworbenes u. angeborenes — 252, 495.
— Schilddrüsenbehandlung bei — 40 (letal endigend) 89, 252, 312, 313, 495, 548, 604, 605, 802, 998; der Urin nach — 137, 201, 548; Diurese bei — 202; Erfolglosigkeit der — 999.
— Schilddrüseninjection bei — 41, 136, 202, 312, 495, 548, 998.
— Schilddrüsenverfütterung bei — 40, 41, 135, 134, 201, 202, 312, 549, 604, 605, 802, 998.
— Schilddrüsenpillen bei — 605.
Myxoedematöser Idiotismus 313; s. Cretinismus.

N.

Nackencysten bei einer unzeitigen Frucht 12.
Naevus lymphaticus der Zunge 78.
Nasale Cauterisation 627, 828.
Nasale Deviationen 14; s. a. Nasenscheidewand, Deviation der —.
Nasale Operationen während einer Grippe-Epidemie. Prognose von — 894.
Nasaler Abfluss, Verhalten des — bei Hypophysistumor 460.
Nasale Respiration 957; — Autogramme der — 160; Heilung von Glykosurie durch Wiederherstellung der — 570; Missbildung des Oberkiefers bei Behinderung der — 899.
Nasale Sklerectasie bei Myopie 746.
Nasale Verstopfung s. Nase, Stenose der —.
Nase 5; normale und pathologe Anatomie der — 160, 161, 204; Beiträge zur Physiologie u. Anatomie der — 380, 381, 819, 960; — Embryologie der — 758; Ausfluss wässriger Flüssigkeit aus der — mit Atrophie der Sehnerven 67; Ueberimpfung von Syphilis durch Schlag auf die — 102; Operation der — bei Blutern 144; unberechtigte Operationen in der — 222; Tuberkelbacillen in der — Gesunder 213; Mikroorganismen in der gesunden — 958; Fütterung durch die — bei schmerzhaftem Schlucken 274; Verdoppelung der vorderen — 277, 507; Weg des Luftstroms in der — 380; Luftdruck, Luftbewegung etc. in der — 568; die Sorge für Ohr und — 452; Bläschenausschlag auf und in der bei herpetischer Angina 468; Zusammenhang von — u. Genitalien 570; Rolle der — bei der Phonation 660; Insufflation von NaCl in die — zur Schmerzlinderung 888; die — in Zola's Werken 691; die — bei Cretins 681, 818; die — als häufig unerkannte Krankheitsursache 568, 695; Infection von der — aus 393, 695.
Nase, eingesunkene — 277, 893 (Operation wegen —); s. Rhinoplastik.
— erfrorene — 14, 277 (Behandlung der —).
— Abscess der — 14, 68, 510.
— Acne rosacea hypertrophica der — 102.
— Aneurysma der — 758.
— Autoplastik der — s. Rhinoplastik.
— Carcinom der — 458.
— Croup der — 758; s. Rhinitis fibrinosa.
— Cysten in der — 456, 457, 698.
— Deformität der — 692, s. Nasenscheidewand.
— Diphtherie der — 121, 711, 784; s. Rhinitis fibrinosa.
— Eiterungen der — 142, 215, 216, 342; foetide — 216.
— Epitheliom der — 106, 458, 697, 700.
— Fibrom der — 893.
— Fibrosarcom der — 457.
— Fractur der — 278 (complicirte mit Verletzung der Stirnwindung).
— Fremdkörper in der — 483, 572; Maden 70, 71, Zahn 572, 573, 690; s. Nasenstein.
— Gangrän der — 453.
— Geschwülste der — 454 (als ätiologischer Factor bei Ohren- u. Kehlkopfkatarrh), 458 (ungewöhnliche —) 698 (cystische —).
— Keratosis der — 692 (degenerative foetide saprophytische —); s. Ozaena.
— Krankheiten der — s. Nasenkrankheiten.
— Lipome der — 457.
— Lupus der — 558, 614 (— mit Schilddrüsenextract behandelt), 694, 695 (— im Frühstadium).

Nase, Mykosis der — 974.
— Myxom der — 105, 893 (cystisches —).
— Myxosarcom der — 320.
— Osteom der — 457, 759, 893.
— Osteosarcom der — 893.
— Papillom der — 457, 458, 618 (bei einem Greise), 674, 697.
— Paraesthesien der 524 (— bei Neurasthenikern).
— Phlegmone der — 1001.
— Polypen der — s. Nasenpolypen.
— polypöse Wucherungen der — 458.
— Resection der — 104 (temporäre — wegen Nasenpolypen, 633 (bei Nasenrachengeschwulst).
— Rheumatismus der — 820.
— Sarcom der — 105, 192, 458, 563, 699, 700; inoperables — 458.
— Schanker der — 218 (primärer —), 397, 398, 694, 824.
— Sklerom der — 894.
— Stenose der — 18, 48, 222, 399, 459, 700, 870; doppelseitige — nach Variola 627; angeborene — 894; Methode zur Bestimmung des Grades einer — 459, 829; Spiegelprobe bei — 828; — u. Lungenkrankheit 459; Zustand des Gehirns bei — 570; Asthenopie infolge von — 459; Chirurgie der — 18, 222; Behandlung der — 48, 222 (Einfachheit in der —), 399 (Wichtigkeit der frühen —), 459.
— Sykosis der — 397 (Behandlung der —).
— Syphilis der — 218, 219 (hereditäre —), 219 (erworbene —), 388, 399, 694, 824, (tertiäre —), 453 (— der äusseren Nase), 694, 700.
— Syphilitischer Schanker der — 218, 397, 398, 694, 824.
— Syphilitische Tumoren der — 694.
— Trockenheit der — 74 (— mit Xerostomie).
— Tuberkulose der — 16, 18, 259, 771, 824.
— Tumoren der — 105 (— neben Rachentumoren), 575, 576 (Chloroform bei der Entfernung von —).
— Ulceration der — 453 (trophische — bei bulbärer Tabes).
— Ulcus rodens der — 618.
— Undurchgängigkeit der — 18.
— Varicen der — 698, s. Varix turbinalis.
Nase, Verbiegung der — 819, s. Nasenscheidewand.
— Verletzung der — 894 (— als Ursache von Sklerom).
— Verschluss der — 18, 627 (angeborener, knöcherner —), 627, s. Choanen.
— Verwundung der — 278.
— Wiederherstellung der — s. Rhinoplastik.
Nasenathmung s. nasale Respiration.
Nasenbluten 144 (bei Blutern) 219, 220, 399, 695, 743; juveniles und hereditäres — 220; — bei Greisen 400; spontanes — 695; — bei Schwangeren 824; Instrument zur Stillung von — 50; neues Mittel zur Stillung von — 102; wiederholtes — infolge eines Schusses 400; — nach Operationen am Septum 698; — aus den Thränenpunkten 400.
— Aetiologie des — 220.
— Behandlung des — 68, 102, 220, 695, 824; — mit Trichloressigsäure 103; — mit Digitalis 400.
Nasenboden, papilläre Degeneration des — 16; recidivirender Abscess am — 68, 510; cystischer Tumor am — 456.
Nasencatarrh, die gewöhnlichste Form des — 64; s. Rhinitis.
Nasenchirurgie. s. Intranasale Chirurgie.
Nasendiphtherie 711, 784; anormale Fälle von primärer — 121.
Nasendouche, die Gefahren der — 221.
Nasenfissuren, unerträgliche — 453.
Nasengang, Abscess des unteren — 14; eine Schleimhautfalte im mittleren — 268.
Nasenkrankheiten 452, 691; Lehrbuch der — 139, 205, 437; Einfluss der — auf den Verdauungskanal 70; Behandlung der — bei Kindern und Säuglingen 159; die Aetiologie der — 273; Einfluss intranasaler Zustände auf äusserliche — 277; Einfluss von — auf andere Körpertheile 393; — bei Infectionskrankheiten 393; einige Complicationen von — 568; Beziehung von — zur Lungentuberkulose 598; Beziehung von — zu den unteren Luftwegen 826; — der Schulkinder 827; Zimmtöl bei — 827.

Nasenlöcher, drei — bei Verdoppelung der vorderen Nase 277, 597; Watte in den — 508; syphilitischer Schanker an den — 824.
Nasenmuschel, papilläre Degeneration der unteren — 16; Knochencysten der mittleren — 46; — cystoide Polypen der mittleren — 103; Congestion und Reizung der — 161; leichteste Methode der Galvanocauterisation bei Hypertrophie der — 318; Resection der mittleren — wegen Nasenpolypen 455, 673; Fall von Hypertrophie der mittleren — 510; Neubildungen der — 513; varicöse Schwellung der unteren — 698, 879.
Nasennebenhöhlen, Gefrierdurchschnitte durch die — 500; die Oeffnungen der — 57, 761; die Krankheiten der — 106, 514; die Behandlung latenter Eiterungen der — 108; zur Lehre von den Eiterungen der tieferen 108; Durchleuchtung der — 109, 345; Sondirung der — 109; Entwickelung von Nasenpolypen infolge von Eiterung der — 141; der primäre Schanker der — 218; Schleimpolypen der — 456; die — bei Diphtherie, Masern und Scharlach 961; Luftdruck etc. in den — 568.
— Chirurgie der — 340, 341.
— Eiterungen der — 108, 141, 142, 342, 346, 763, 764; latente — 108, 765; Diagnose der — 334, 335, 881; Behandlung der — 881.
— Erkrankungen der — 139, 762 936; Augenaffectionen bei — 573.
— Eröffnung der — 767.
Nasenpolypen 103, 258, 455, 456, 673, 768, 893; Entfernung von — unter hypnotischer Anaesthesie 104; temporäre Resection der Nase wegen — 104; Electrolyse bei — 104; Entwicklung von — infolge von Nebenhöhleneiterung 141; über die Structur oedematöser — 259; die Nerven der — 454; — bei Personen unter 16 Jahren 455; Beziehung der — zur Ethmoiditis 455, 674; — mit Abscess der Kieferhöhle nach Influenza 455; dauernde Heilung von — 456; — und Basedow'sche Krankheit 800; Asthma und Anämie geheilt durch Abtragung von — 825.
— cystische — 457.
Nasenpolypen, Behandlung der — 455, 742.
Nasenrachencatarrh s. Nasopharyngitis.
Nasenrachenpolypen 165, 258, 456, 633, 634, 896; manuelle Extraction eines ungewöhnlich grossen — 72; zur Operation der — 165; Operation von — vom Gaumen aus 633; Behandlung der — 742, 896.
— fibröse — 164.
— fibromucöse — 742.
Nasenrachenraum 5; Entwickelung und anatomische Umbildungen des — 631; Krankheiten des — 139; Lokalisation des Keuchhustens im — 541; Behandlung des — bei Affectionen der Augen 573, 746; über die Ausspülung des — und ihre Indicationen 885; der — bei Epileptikern und Idioten 961.
— Drüsencarcinom des — 634.
— Gefässtumoren des — 896 (osteoplastische Operation zur Entfernung von —).
— Geschwülste des — 166, 633, 634, 896; Entfernung von — mit dem galvanokaust. Ecraseur 166; Operation vom Gaumen aus 633; Operation nach Resection der Nase 633; zur Operationsfrage der — 635, 896; über die Regressions- oder Spontanheilungsphase der — 634.
— Entzündung des — s. Nasopharyngitis.
— Fibrom des — 165, 501, 634, 700.
— Fibrosarcom des — 457.
— Fremdkörper im — 164.
— maligne Tumoren des — 72, 897.
— Phlegmone des — 1001.
— Polypen des — s. Nasenrachenpolyp.
— Syphilis des — 164, 633 (— und Otalgie).
— Sarcom des — 94, 320, 557, 634.
— Tuberkulöse Erkrankungen des — 163, 632 (secundäre — bei Phthisikern).
— Tumoren des — 833, 896.
— Verschluss des — 164 (syphilitischer —).
Nasenrachenraum-Erkrankungen, Beziehungen der — zu den Krankheiten der Ohren 71; Einfluss der — auf andere Körpertheile 393; antiseptisches, alkalinisches Tabloid für die — 632; secundäre — bei Phthisikern 163, 632.

Nasenreflex, der — in der Chloroform-Syncope 68.
Nasenreflexe 68, 69, 278, 279, 284, 314, 316, 568, 569, 570, 572, 825; Asthenopie 280, 281; Asthma 69, 280, 570; Kopfschmerz 69, 279, 696; Psychopathische Erscheinungen 68; Enuresis nocturna 69; Epileptiforme Anfälle 279, 315; Neuralgien des Kopfes 279, 825; Magenschmerz und Dysmenorrhoe 825; Delirium 571; Epiphora 68; Hysterie 69; Husten 825; hysterische Neurose 280; Glykosurie 280, 570.
Nasenscheidewand, Instrument zur Gradstellung der — 162; ringförmiges Messer für die — 162; Zwei knorplige — 277, 507; Kopfschmerz und angeborene oder erworbene Unregelmässigkeiten der — 439; Resultate schneidender Operationen an der — 675; die Cartilago quadrangularis der — 696; Blutung nach Operationen an der — 698; Einsetzung einer künstlichen — 698.
— Abnormitäten der — 890.
— Abscess der — 15, 510, 511, 890 (acuter —).
— Angiom der — 15, 319.
— Blutende Polypen der — 332, 333, 891.
— Cavernom der — 513 (Zerstörung durch Elektrolyse).
— Chirurgische Behandlung der — 14, 15.
— Deformation der — 43 (Rolle des Traumas bei —).
— Deviationen der — 14, 15, 56, 143, 161, 162, 259, 333, 511, 512, 696, 819, 890, 892; Elektrolyse bei — 51, 84, 376, 498, 511, 512, 696; Behandlung der — 162, 334, 511, 598, 892 (mit der Trephine); Instrumente für — 143, 162; Korkschienen für — 512, 892; Tubage bei — 512.
— Erysipel der — 15.
— Exostose der — 15; Behandlung der — 51.
— Fractur der — 161.
— Geschwülste der — 16, 333 (blutende). 513, 892.
— Hämatom der — 161, 331, 511, 746, 891.
— Missbildungen der — 14, 511.
Nasenscheidewand, Neubildungen der — 513 (klinisches und histologisches Studium der —).
— papilläre Degeneration der — 16.
— Papillom der — 697.
— Perforation der — 56, 161 (bei Arsenicismus), 510 (bei Bright'scher Krankheit) 697, 870.
— Perichondritis der — 331 (primäre), 332 (acute idiopatische —), 891 (traumatische —).
— Polypen der — 103; 332, 333, 891 (blutende —).
— syphilitischer Schanker der — 891.
— Syphilom der — 511 (primäres).
— Tumoren der — 16 (maligne —).
— Ulcus der — 56, 510, 697, 933 (— perforans).
— Verbiegungen der — s. Deviationen der —.
Nasenschleimhaut, Atrophie und Pseudoatrophie der — 384; Gefässmechanismus der — und seine Beziehung zu pathologischen Processen 959.
— Carcinom der 94.
— Croup der — 758 (nicht infectiöser).
— Entzündung der — 65 (die Heilbarkeit der —), s. Rhinitis etc.
— Papilläre Hypertrophie der — 457, 674.
— Schwellungen der — 376 (Electrolyse bei —), 698 (varicöse —). Tuberkulose der — 16, 18, 824 (primäre). s. a. Riechschleimhaut.
Nasenschleimpolypen s. Nasenpolypen.
Nasenspalte, angeborene mediane — 819.
Nasenspitze, Spontane Gangrän der — 458.
Nasenspritze 222.
Nasenspülen 828, 895; Apparat zum — 19.
Nasensteine 281, 282, 571, 572, 744, 960; spontane — 281, 571; Kaffeebohne 282; Kirschsteine 281; Zahn 282; Nothwendigkeit ihrer histologischen und chemischen Untersuchung 281, 581; — ein Bakterienproduct 571; Otitis media verursacht durch — 282; starkes Delirium beim Kinde infolge eines — 571; Verkleinerung von — mittelst Säuren 960.

Nasopharyngitis 631, 632, 743, 896; chronische — als ätiologisches Moment für Erkrankungen der Digestions- und Excretionsorgane 71.
— chronische — 162 (neue Behandlung für —).
— Behandlung der — 631, 632.
Naturheilverfahren bei Erkrankung der Stimmorgane 663.
Nebenkröpfe 431.
Nebenschilddrüsen 39 (beim Hunde), 798 (in den Mund hineinragende —), 799 (cystische —).
Nekrologe s. Inhaltsverzeichniss S. VI.
Nekrose 287 (Phosphor-).
— des Oberkiefers 46 (syphilitische), 111.
Nephritis, tonsilläre 171.
— nach Diphtherie 179.
Nervenendorgane, Verhalten von — nach Durchschneidung der zugehörigen Nerven 818.
Neuralgie bei Nasenleiden 279, 825.
Neurin, Einfluss des — auf thyreoidectomirte Hunde 732.
Neurosen des Mundes 75.
Niesen, Paroxysmales — 147.
Nosophen 889.
Nuhn'sche Drüse, Congenitale Ranula der — 969.

O.

Oberkiefer, Nekrose der Processus palatini des — 111; Entfernung einer Messerklinge aus dem — 899.
— Epitheliom des — 770 (angeborenes —).
— Fractur des — 517.
— Missbildung des — 899 (bei behinderter Nasenathmung).
— syphilitische Nekrose des — 46.
— Odontom des — 676.
— Osteom des — 228.
— Phosphornekrose des — 286.
— Partialresection des — 287 (mit Anwendung eines Blutleiters).
Oberlippe, Syphilis der — 453; Tuberkulose der Schleimhaut der — 701.
Objective u. subjective Erscheinungen bei Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten 99 (die Nothwendigkeit der Combination von —), 159 (die Verschiedenheit der —).
Objective und subjective Symptome der oberen Luftwege, Der relative Werth der — 99.
Obstructive Erkrankungsprocesse in den oberen Luftwegen, Wichtigkeit der frühen Erkennung und Behandlung der — 215.
Odontom mit Uebergreifen auf Highmorshöhle und Nasenhöhle 676, 768.
Oedem des Kehlkopfs s. Larynx, Oedem des —.
— der Lippen, Zunge und des weichen Gaumens 312 (bei Myxoedem).
Oesophageales Stethoskop 13.
Oesophagectomie 736.
Oesophagismus im Verlaufe einer Magenausspülung 804; s. Oesophaguskrampf.
Oesophagitis dissecans superficialis 41.
Oesophagoskopie 805.
Oesophagotomie 43, 91, 252, 373, 375, 434, 435.
— externa 313, 435, 551, 863.
Oesophagus 10; zur Kenntniss des Epithels des — 41; Lymphknötchen in der Schleimhaut des — 433; Wurzelfasern der motorischen Nerven des — 495; Veränderungen im — bei Schwefelsäurevergiftung 42; Salpetersäureverbrennung des — 804; Blutung durch einen Knochen im — verursacht 864.
— Atresie des — 373.
— Carcinom des — 91, 92, 203, 497, 607, 737, 805, 929.
— Divertikel des — 253, 373, 435, 550, 669, 735, 999; zur Diagnostik der tiefsitzenden 435.
— Epitheliom des — 805 (Drüsenerscheinungen bei latentem —), 929.
— Fremdkörper im — 42, 91, 252, 313, 372, 373, 434, 435, 550, 736, 749, 804, 863, 864.
— Geschwür im — 91 (krebsig-tuberkulöses —).
— Krankheiten des — 999 (neue diagnostische Methode für —).
— miliare Aneurysmen im — 928.
— partielle Resection des — 706.
— Perforation des — 42 (— durch eine Fischgräte), 798 (— bei Ulceration der hinteren Trachealwand), 929 (— bei Epitheliom).
— polypoide Geschwulst des — 668.
— Pulsionsdivertikel des — 435.
— Rhabdomyom des 496.
— Ruptur des — 373.
— Sarcom des — 929.
— Soor im — 91.
— Strictur des — s. Oesophagusstrictur.

Oesophagus, Tuberkulose des — 146.
— Varicen des — 42; letale Blutung bei — 42, 496, 737.
Oesophagus-Chirurgie, Beitrag zur — 253.
Oesophagusfistel, Canüle für — 375.
Oesophaguskrampf 313 (Dysphagie infolge von —), 804; s. Oesophagusstrictur, krampfhafte —.
Oesophagussonde 375, 864.
Oesophagusstricturen 373, 375, 607, 736, 804, 864, 999; 147 (Pseudo-Strictur): differentialdiagnostische Untersuchungsmethode für — 374; ringförmige — durch eine Schleimhautfalte 668.
— Aetiologie der — 929.
— Electrolyse bei — 43, 999.
— Gastrotomie bei — 202, 253, 374, 375, 497, 550, 736, 805, 863, 864.
— Operation von — 804 (neue Methode der —).
— fibröse — 374.
— impermeable — 374, 864.
— krampfhafte — 137, 313, 496 (nach der Loreta'schen Operation).
— maligne — 496, 607, 737.
— narbige — 374, 375, 550 (Behandlung tiefsitzender —), 805.
— organische — 137.
— syphilitische — 668.
— traumatische — 668, 736.
Ohr und Nase, die Sorge für — 452.
Ohrenleiden, Beziehung der Nasen-Rachen-Erkrankungen zu — 71; Einfluss adenoider Geschwülste im Nasenrachen-Gewölbe auf — 284; der Nutzen nasaler Behandlung bei — 890.
Ohr-Reiben bei Heufieber 569.
Olfactometrie 14.
Oophorectomie, Einfluss der — auf die Stimme 365, 660.
Optici Nn., Atrophie der — mit Ausfluss wässriger Flüssigkeit aus der Nase 67;
Orbita, Entzündung der — und der benachbarten Höhlen 335; Tumoren der — 745 (bei Entzündung der Stirnhöhle).
Orbitale Entzündungen im Gefolge von Mundrachenerkrankungen 573.
Orbitale Zellgewebsentzündung durch Stirnhöhlen-Abscess vorgetäuscht 336.
Organotherapie 996 s. Schilddrüsentherapie.
Ortho- und Para-Chlorphenol bei phthisischen und anderen Erkrankungen der oberen Luftwege 567, 889;
Osteosarcom der vorderen Schädelgrube 191.
Otitis media, verursacht durch das Vorhandensein einer Kaffeebohne in der Nase 282; — durch Diphtheriebacillen 911.
Otologie, Rhinologie und Laryngologie in Wien 154, 326; Lehrbuch der — 205 s. Lehrbücher; neuere Fortschritte in der — 387.
Oxyhydrogen-Licht zur laryngoskopischen Untersuchung 101.
Ozaena 55, 65, 66, 92, 93, 147, 216, 395, 396, 397, 421, 692, 693, 758, 806, 823; geheilte Fälle von — 66; mechanische Disposition zu — 693.
— rhino-laryngo-tracheale — 744.
— Aetiologie der — 50, 217, 396, 806.
— Bakteriologie der — 65, 216, 397.
— Behandlung der — 217, 218, 397, 693, 743, 806, 823; — mit stearinsaurem Zink 693; — mittelst Massage 759; neue einfache — 823.
— Complicationen der — 217 (Hornhautgeschwüre), 823 (Neuritis optica).
— Heilbarkeit der — 758.
— Pathologie der — 217.
— Unität der — 806.
Ozon beim atrophischen Catarrh 259.

P.

Pachydermia laryngis s. Larynx, Pachydermie des —.
Papillome s. bei den einzelnen Organen; Beitrag zum Wachsthum der entzündlichen — 23: Leukoplakia oris mit — 772.
Para-Chlorphenol s. Orthochlorphenol.
Parenchymatöse Injectionen bei Tonsillenerkrankungen 21.
Parotis, Langsam entstandene nichtentzündliche Schwellung der — 817.
— Cylindrom und Chondromyxom der — 62.
— Cyste der — 626.
— Fremdkörper der — 450.
— Geschwülste der — 62, 273 (bei Leukämie), 449 (chirurg. Pathologie der —), 450.

Parotis, Mischgeschwülste der — 450.
— Syphilis der — 688.
Parotisgegend, Angeborene Unterhautcyste der — 688; beiderseitige Schwellung der — 817; Tumor der — 818 (mit Blutung in das Innere der Geschwulst).
Parotitis in einem Falle von Typhus exanthematicus 625; ein Fall von tuberkulöser — 273, 817; Fall von — mit Complicationen 688; Fall von — mit Orchitis 688; symmetrische intermittirende — 817 (mit Xerostoma); — als Complication von Influenza und Pneumonie 956.
— chronische — 625.
— secundäre — 957.
— submaxilläre — 11.
Parulis, infectiöse — 111.
Pemphigus conjunctivae 639.
Pemphigus der Lippe 285, 770 (recidivirender —).
Periamygdalitis lingualis 231, 776; s. Zungentonsille.
Peritonsilläre Abscesse 170, 465, 636; Verfahren zur Eröffnung von — 112; s. Periamygdalitis.
Personalia 3, 58, 98, 272, 328, 564, 623, 754, 1004.
Phantom des Larynx 49.
Pharyngectomie 706.
Pharyngitis (s. a. Angina, Tonsillitis etc.) 519; die — der Schnupfer 114; — durch den Bacillus Pfeiffer verursacht 627.
— acute — 289, 290, 518, 519.
— chronische — 290.
— exsudativa 519, 677.
— follicularis 518 (mit der Rachencurette operirt).
— granulosa 55, 290, 519 (Contagiosität der —).
— haemorrhagica 47.
— hypertrophische — 519.
— lateralis 704.
— phlegmonosa 145, 518 (mit Meningitis).
— recidivirende acute — 636.
— rheumatoide 114, 288.
Pharyngo-laryngealer Typus der acuten Miliartuberkulose 51, 242, 703.
Pharyngomykose s. Rachen, Mykose des —
Pharyngotherapie 707.
Pharyngotomia subhyoidea wegen Carcinom 116, 859.
Pharyngotomia subhyoidea wegen Fremdkörper im Oesophagus 434.
Pharyngotomia suprahyoidea 859.
Pharynxcrisen bei Tabes 705; Suspension bei — 705; s. Tabes.
Pharynxdivertikel, die Pathologie der — 669; s. Oesophagus, Divertikel des —.
Pharynxreflexe bei Normalen und Hysterischen 116.
Phonation s. Stimmbildung.
Phonationscentren im Gehirn 377, 936, 993.
Phonationsorgane s. Stimmorgane.
Phosphor-Nekrose 286.
Phrenicus, Compression des — beim Glottiskrampf 655.
Pneumonie im Verlaufe von Keuchhusten 85.
Pneumothorax nach Keuchhusten 85.
Polnisches Alphabet in sprachlicher Beziehung 126.
Polyarthritis anginosa 288; s. Angina.
Polypotom, ein neues — 44.
Posticuslähmung bei Syringomyelie 658; künstliche Nachahmung des Bildes der — 812.
— doppelseitige 747 (zweifelhaften Ursprungs; bei Cystenkropf).
— rechtsseitige 747 (bei Aortenaneurysma).
Projections-Praxinoskop 52.
Prolapsus Ventriculi Morgagni 423, 537 (durch Kehlkopftumor vorgetäuscht), 792, 793, 855.
Pseudo-Bulbärparalyse 128 (mit Obductionsbefund).
Pseudodiphtherie 289, 708, 710, 779; Aetiologie der — 903.
Pseudodiphtheriebacillen 409, 581, 708.
Pseudoglobus hystericus 231.
Pseudo-Neurom des Kehlkopfs, tuberkulöses — 37.
Pseudostrictur des Oesophagus 147.
Psoriasis, Behandlung der — mittelst Schilddrüsenverfütterung 245, 246, 309, 310, 311, 603, 803.
— der Zunge 78.
Psychoglossie 662.
Psychopathische Erscheinungen reflectorisch von der Nase ausgelöst 68.
Ptyalogenfrage, zur — 403.

Pulsirender Kehlkopf 299 (infolge von Gefässanomalien).
Pyoktaninbehandlung von bösartigen Neubildungen 406.

R.

Rachen (s. a. Fauces, Schlund etc.), Bericht über den — 704; disseminirte Fibrininfiltration des — 290; einseitiger klonischer Krampf des — 362; typhöse Lokalisationen des — 704; Symptome von Seiten des — bei Tabes 524, 525, 705.
— Actinomykose des — 901.
— Adenom des — 469.
— Angiom des — 754 (venöses —).
— angioneurotisches Oedem des — 868.
— Carcinom des — 116, 291, 469, 898; Drüsenerscheinungen bei latentem — 805.
— diphtheroider Schanker des — 520.
— Divertikel des — 669, 735.
— Erysipel des — 177 (primäres —).
— Fibrolipom des — 522.
— Fibrosarcom des — 457.
— Fremdkörper im — 129 (Sensationen von — durch Cocain unterdrückt), 300, 483.
— Herpes des — 704 (zur Aetiologie des —).
— Lähmung des — 364.
— Lupus des — 96, 557, 559.
— Lymphadenom des — 522, 706.
— lymphoide Geschwülste des — 116.
— Lymphosarcom des — 83, 381, 383.
— Mykose des — 46, 115 (generalisirte —), 290 (leptothricische —), 424, 519, 520, 680, 703, 704; Behandlung der — 115, 290; — mit Chromsäure 47, 746.
— Papillom des — 92.
— Paraesthesien des — 524 (— bei Neurasthenikern).
— Phlegmone des — 35, 900 (infectiöse, acute —).
— Polypen des — 116, 705.
— Reflexe des — 116.
— Resection des — 706, 858 (partielle —), 902.
— Sarcom des — 291, 706, 902.
— Sklerom des — 894.
— Syphilis des — 290 (Behandlung der tertiären — mit Cuprum sulfuricum), 469, 520 (lokale Behandlung der —), 555, 901, 903.
Rachen, syphilitische Granulationsgeschwülste des — 520 (besondere Form von —).
— Tuberkulose des — 51, 290, 422, 468, 617, 901.
— Tumoren des — 105 (— neben Nasentumoren), 291 (Exstirpation eines basilaren —).
— Ulceration des — 561 (obscure — bei Phthisis pulmonum et laryngis).
— Verengerung des - 704, 901, 902; ringförmige — 115; syphilitische — 379, 521, 705, 901; narbige — 805.
— Verwachsung des — und der Eustachischen Tuben 574.
— Verwachsung der hinteren Wand des — und der Gaumenbögen 113, 114, 379, 521, 639, 833.
— Xanthome des — 93.
Rachenschleimhaut, Follikelentzündung an der — 115; diagnostischer Werth der Anaesthesie der — 116.
Rachentosille s. adenoide Vegetationen.
— Cyste der — 577.
— Mykose der — 576.
— Polyp der — 896.
— Tuberkulose der — 576.
Rachenverwachsungen 114, 379, 521, 574, 639, 833; Aetiologie der narbigen — 113.
Rachenwunde, penetrirende s. Trachea, Verletzung der —; Mediastinitis im Anschluss an — 525.
Ranula, acutes Entstehen einer — nach Genuss von Gefrorenem 111; Aetiologie und Histologie der sublingualen — 772; congenitale — der Gl. Nuhnii 969.
Raynaud'sche Krankheit in jugendlichem Alter 547.
Recurrenslähmung 608, 610, 797; durch Einlagerung des Nerven in scrophulöse Drüsen 97; bei Aneurysma der rechten Art. subclavia 797; die einseitige — in ätiologischer und pathogenetischer Hinsicht 992; Verhalten der Epiglottis bei — 992; Verhalten der Aryknorpel bei — 992.
Recurrensnerven, Beziehungen der — zu den Art. thyreoideae inf. 125; Compression der — bei Glottiskrampf 361.
Reflex-Hysterie 69.
Reflexlähmung der Phonationsorgane 656; s. Aphonie.

Reflexneurosen s. Nasenreflexe.
Regio pterygo-maxillaris, Anatomie der — 960.
Respirationstractus s. Luftwege.
Respiratorische Organ, die Influenza und das — 38.
Retrolaryngeales Oedem durch Pneumokokken verursacht 420.
Retromaxillärer Tumor 777.
Retropharyngealabscesse 116, 240, 291, 522, 523, 706, 745, 777, 902, 903; — durch Kieferhöhleneiterung 107; Operation der — 116, 524, 706; Behandlung der — 523; Eröffnung kalter (tuberkulöser) vom Halse aus 524, 706, 803; neues Messer zur Eröffnung der — 903.
Retropharyngeale Phlegmone und Eiterung der Keilbeinhöhle 107.
Rheumatische Affectionen des Rachens, Kehlkopfs und der Nase 820.
Rheumatische Entzündung des Ring-Giesskannengelenks 124, 299.
Rheumatismus mit vorhergehendem Anfall von Mandelentzündung 170 (s. Angina); — und Mandelerkrankungen 680; acutes Oedem des Kehlkopfs während eines Anfalles von — 240.
— des Kehlkopfs 595.
Rheumatoide Pharyngitis 114.
Rhinitis (s. a. Nasencatarrh, Ozaena etc.) — durch den Bacillus Pfeiffer verursacht 627.
— acute — 141, 214, 215, 395; bei Neugeborenen 214; — bei Kindern 393, 821; Behandlung der — 214, 394, 821; — mit Chloroform 215; — mit Jodoformdämpfen 394, 508, 821; mit Acid. trichloraceticum 397; Schnupfpulver 214; Abortivbehandlung 214; Toilettenbehandlung 394.
— atrophica foetida 65, 66, 147, 216, 218, 395, 421, 693, 822; s. Ozaena.
— caseosa 880.
— caseosa seu cholesteatomatosa 509, 510.
— chronische — 215, 395, 508; Beziehung der — zur sog. nervösen Abgeschlagenheit 692; Behandlung der — 215, 395.
— cirrhotische — 822 (klimatische Behandlung der —).
— diphtheritische — 121, 711, 784.
— eitrige — 822 (— der Kinder).
Rhinitis, fibrinöse — 215, 509 (bei gleichzeitigen adenoiden Vegetationen), 395, 822, 823, 878 (recidivirende —).
— hypertrophica 15, 64, 170; Aphonie infolge von — 65; Behandlung der — durch den Allgemeinpraktiker 508.
— oedematosa — 527.
— spasmodische — 569.
— trockene — 65.
— vasomotorische — 395, 506 (infolge von Malariavergiftung).
Rhino-laryngologische Mittheilungen 887.
Rhinolith s. Nasenstein.
Rhinologie, Entwicklung der — 1884 bis 94 1; Atlas der — 138; die — in Wien 154, 326; neuere Fortschritte in der — 387.
Rhinologische Mittheilungen 15, 827.
Rhinometer 19.
Rhino-pharyngologische Mittheilungen 577.
Rhinophym 277; zur operativen Behandlung des — 453.
Rhinoplastik 102, 277, 278, 453, 454, 692, 819, 820; — mit metallischen Prothesen 454.
Rhinosclerom 457, 698, 699, 745, 894; — mit Rhinosclerin behandelt 457.
Riechschleimhaut (s. a. Nasenschleimhaut) syphilit. Schanker an der — 397, 398.
Riechvermögen, Untersuchung des — als diagnostisches Hilfsmittel bei Nasen- u. Ohrenkrankheiten 392.
Rindenfeld für Kauen und Schlucken 167; — s. Phonationscentren.
Ringknorpel. Druckgeschwüre am — bei Halswirbellordose 482; Präparat eines ulcerirten — 500.
Rouge'sche Operation 692.
Rückblick auf die Entwicklung der Laryngologie und Rhinologie in den Jahren 1892—94.
Ruggitus, inspiratorischer intralaryngealer — 362.

S.

Sängerknoten s. Stimmbandknötchen.
Salol, Zufälle nach Gebrauch von — 689.

Sammelforschung betr. die operative Behandlung bösartiger Kehlkopfneubildungen 58, 328, 858.
— betr. die Behandlung multipler Kehlkopfpapillome bei Kindern 148, 272.
Sattelnase, Behandlung der — mit Celluloidstützen 820.
Saugbewegungen, centrale Innervation der — 223.
Scharlachdiphtherie 119, 120, 179, 294, 354.
Schilddrüse 10, 859, 39 (— beim Hunde); Entwicklungsgeschichte der — 731; Morphologie der — 489, 543; Zellknospen in den Arterien der — 798; seltener Befund von gestreiften Muskelfasern in der — 88; Nerven der — 731; Physiologie der — 489, 544, 995; der Secretionsvorgang in der — 369, 489; Secretion der — als ätiologischer Factor des Morbus Basedowii 248, 370; Trophoneurosen im Zusammenhang mit Abnormitäten der — 200; Einfluss des Jods auf die — 926; Transplantation der — beim Hunde 490; histologische Studie über die Ueberpfropfung der — 600.
— accessorische 39, 798.
— Adenom der 247, 491, (cystisches —) 799.
— Blutung der — 491 (Tod durch —)
— Carcinom der — 46 (secundäres — nach Kropf), 431 (primäres —) 491, 544.
— Cysten der — 247, 431, 799.
— Cystische Degeneration der — 247.
— Entzündung der — 247 (infectiöse —) 429; — s. a. Strumitis u. Thyroiditis.
— Fibrosis der — 750.
— Function der — 369, 544, 663 (— im Lichte d. neuen Behandlungsmethoden verschiedener Kropfformen).
— Geschwülste der — 197, 601 (Knochenmetastasen bei —).
— Krankheiten der — 247, 732 (Operationen bei —) 799, 926 (ungewöhnliche —).
— Pathologie der — 195 (Discussion in der Brit. Med. Assoc. über —).
— Tuberkulose der — 545.
— tuberkulöser Abscess der — 798.
Schilddrüsenextract, ein neues Präparat von — 308, 309, 863; Wirkung übermässiger Dosen von — 372; die Gefahren des — 602; neue Methode der Darreichung von — 667; Experimenteller Kropf durch subcutane Injection von — 803; — bei Lupus der Nase 614; — bei bösartiger Syphilis 667.
Schilddrüsenmetastase, Function einer im Sternum zur Entwicklung gekommenen krebsigen — 544.
Schilddrüsensalbe 667.
Schilddrüsensecret, das — in der Milch 925.
Schilddrüsentherapie 602, 663, 731, 863, 995, 996; die Möglichkeit der — 548; Begleiterscheinungen nach — 863; toxische Wirkung der — 803; Glykosurie nach — 548; Stoffwechselveränderungen nach — 246, 997 (s. a. Urin).
— s. a. Hautkrankheiten, Myxoedem, Psoriasis etc.
Schildknorpel, Cyste vor dem — 816; Fractur des — s. Larynx, Fractur des —.
Schläfen-Kiefergelenk, knöcherne Ankylose beider — 517 s. Ankylose.
Schleimhautmassage s. a. Vibrationsmassage; Zur Lehre von der inneren — 220, 221.
Schleimhaut-Syphilis, Beiträge zur Histologie der — 506.
Schluckakt, Bemerkungen über den — 469.
Schlucken s. Kauen; Fütterung durch die Nase bei Schmerzen beim — 274.
Schlund (s. a. Fauces etc.) Gutartige Mykose des hinteren — 46; Diagnostischer Werth der Anaesthesie des — 116; Digitalexploration des 117; primäre Gangrän des — 289; Grosses Adenom im — 469; Mykose des — 703; acute Miliartuberkulose des — 703; Stenose des — 704.
Schmelzorgan, angeborenes Epitheliom, entstanden aus dem — 770.
Schmerzen, Linderung von — durch Insufflation von Natriumchlorid in die Nasenhöhle 888.
Schnupfen, der spasmodische — 569 s. Rhinitis.
Schnupfer, die Pharyngitis der — 114.
Schnupfpulver, Vergiftung durch bleihaltiges — 452 s. Rhinitis.

Schrötter'sche Bolzen, neue Methode zur Einführung der — bei Kehlkopfstenose 487.
Schulkinder, Gesundheitsstörungen bei 99, 329, 687; die Nasenkrankheiten der — 827.
Schwangerschaft u. Keuchhusten 85.
— und Nasenbluten 824.
Schwarze Zunge 76, 227.
Schwefelquellen, Gebrauch der — 64.
Schwefelsäurevergiftung, Oesophagus und Magen bei — 42.
Schwefelwässer, Behandlung der Stimmbandknötchen und der Kehlkopftuberkulose mittelst der — 44.
Schweinekrankheit, eine neue — in Victoria, ähnlich d. Diphtherie 62.
Scrophulöse Krankheiten der Augen, Ohren etc. und ihre Behandlung an der Seeküste 962.
See-Behandlung, Indicationen und Contraindicationen der — für Ohren-, Nasen-, Rachen- und Kehlkopfkrankheiten 391.
— bei sog. scrophulösen Krankheiten 962.
Septicaemie, eine besondere Form von — bei Diphtherie und besonders bei Croup 80.
Septum nasi s. Nasenscheidewand.
Siebbein, die Erkrankungen des — und ihre Bedeutung 339, 515; Naht zwischen Thränenbein und 761.
Siebbeinhöhle, Mucocele der — 761.
Siebbeinzellen, Eiterung der — 378, 515, 746, 761; Entzündung der hinteren — 508; Auskratzen der — 515; Heufieber und die — 569; s. Ethmoiditis.
Sigmatismus nasalis 366.
Simulation, eine neue Form von — 973 (Ulceration im Halse).
— von Stottern 995.
Singen, Ueberanstrengung der Stimme beim — 661; Athmen beim — 661.
Sinus-Entzündungen, Behandlung der — in Wien 514.
Sinus ethmoidalis s. Siebbeinzellen.
Sinus frontalis s. Stirnhöhle.
Sinus sphenoidalis s. Keilbeinhöhle.
Sklerom, Patholog. Anatomie und Aetiologie des — 157; Patholog. Anatomie u. Histologie des — 566.
— des Kehlkopfs 385, 857.
— der Luftwege 857 (Verlauf des —).
Sklerom der Nase und des Rachens 894.
Soldaten, statistische Untersuchung üb. Ohr-, Nasen-, Rachen-Erkrankungen bei — 760.
Soor-ähnliche Hefe bei Angina 169.
Soor im höheren Alter 226.
Soor in Speiseröhre und Magen, zur Behandlung des — 91.
Soorpilze in der Membran bei Angina 829.
Sozojodol bei Krankheiten des Ohres und der oberen Luftwege 451.
Spasmus glottidis 254, 360, 361; — als Symptom der Tetanie 87; ein Fall von — beim Erwachsenen mit Bewusstlosigkeit 254, 360; Tod durch — bei Hysteria virilis 360; Behandlung des — durch Compression des Recurrens 361; — bei Fremdkörper (Zahn) in der Nase 572; Compression des Phrenicus bei — 655; hysterischer — 654.
Spasmus hystericus der Glottiserweiterer 86.
Speichelabsonderung u. electrische Reizung 73.
Speicheldrüsen s. Parotis, Sublingualdrüsen; Endothelialgeschwülste der — 969.
Speichelsteine 226, 260, 403, 579, 968.
Speichelwege, Infectionen der — 968.
Spiegelprobe bei Nasenverstopfung 828; s. Nase, Stenose der —.
Spitzencatarrh, Erkrankung des Ohres und der oberen Luftwege bei — 566.
Sprache 661; Abriss der Physiologie der — 126; Wiedererlangung der — nach 9jähriger Aphasie 127; Aussprache der niederländischen — 366; Psycho-Physiologie der — 661; Ablesen der — von den Lippen 933; Wiederherstellung der — nach Kehlkopfexstirpation 194; Einfluss organischer Veränderungen des Rachens und der Nase auf die — 993.
Sprachstörungen 367, 661, 662, 663, 995; Beziehung der — zu organischen und functionellen Hirnkrankheiten 367; Zittern der Stimmbänder bei — 659; — bei idiotischen Kindern 995;
— nach Totalexstirpation der Zunge 230, 809.
— bei den Neurosen (Chorea, Hysterie etc.) 994; Behandlung der — 995.

Sprachwerkzeuge s. Stimmorgane.
Sprechen ohne Kehlkopf 368, 369.
Sprechgeschicklichkeit u. Sprechlust im Kindesalter 995.
Sputum s. Auswurf.
Statistiken über Operationen am Halse, das Fehlen von — 255.
Statistische Erhebungen über Kehlkopf-, Nasen- und Ohrenkrankheiten an Schülern 99, 329, 687; an Soldaten 765.
Statistischer Bericht s. Hospitalberichte.
Status thymicus 329; s. Thymusdrüse.
Stimmbänder, Untersuchungen über die menschlichen — 853; eine bisher noch nicht beobachtete Bewegung der — bei der Phonation 126; Wirkung ungeeigneter Gesangsmethoden auf die — 323, 336; Messung der Spannung der — 379.
— Angiokeratom des — 48.
— Fixation der — 562.
— Pachydermie der — s. Larynx, Pachydermie des —.
— Unbeweglichkeit des linken—264,611.
— membranöse Verwachsung der — 86, 93, 920.
— Zittern der — 659 (bei Kleinhirnerkrankungen etc.).
Stimmbandblutungen, Wiederholte submucöse — 47, 98.
Stimmbandcarcinome, Zur Aetiologie der — 84; s. Larynx, Carcinom des —.
Stimmbandfibrome, Bau und histologische Stellung der sog. — 52; s. Larynx, Fibrom des —
Stimmbandknötchen 536, 678; Behandlung der — mittelst der Schwefelwässer 44; Behandlung der — 50; zum Studium der — 183.
Stimmbandlähmungen 269, 657, 797, 870, 871: zur Lehre von den — 128; — bei sich entwickelndem Aneurysma 376, 707: syphilitische — 56; diphtheritische — 762; tabetische — 658; typhöse — 129, 657.
— bei Aortenaneurysma 747, 752, 798, 867.
— bei chronischen Nervenkrankheiten 878; 558 (Lähmung der Thyreo-arytaenoidei); s. a. Posticuslähmung, Recurrenslähmung etc.
Stimmbandspannung, Messung der — 379; die Kräfte für die — 535.
Stimmbildung, Fehlen der — 126; normale und pathologische Rolle der Nasenhöhle bei der — 660.
Stimme, Die menschliche — 660; Physiologie und Hygiene der — 126; Nothwendigkeit öffentlichen Unterrichts in der Physiologie der — 126; die mangelnde Pflege der — 660; Aenderungen der — durch Inhalationen 660; Buccalstimme 258; Falsettstimme 44, 660, 994; die Register der — 797; Einfluss der Gerüche auf die — 365, 660; Einfluss der Oophorectomie auf die — 365, 660, 744; Einfluss der Nase auf die — 660, 993; falscher Gebrauch der — 743; Hygiene der — 366; Wirkung von Injectionen organischer Flüssigkeiten auf die — 744; die — bei Atrophie der Hoden 994; modulationsfähige — bei Patienten ohne Kehlkopf 368, 369; Störungen der — 661; Ueberanstrengung der — (bei Sängern) 661, 742.
Stimmlosigkeit s. Aphonie und Aphasie.
Stimmorgane, Motilitäts- und Articulationsstörungen der — bei Taubstummen 127; der Effect unrichtiger Gesangsmethoden auf die — 323, 366; Reflexlähmung der — 656 (s. Aphonie); Naturheilverfahren bei Erkrankung der — 663; Abnormitäten der — bei idiotischen Kindern 995.
Stimmresonanz, Beziehung der Highmorshöhle zur — 763.
Stimmritzen-Stenose s. Larynx, Stenose des —.
Stimmübung, Systematische — in öffentlichen Schulen 126.
Stirnhöhle, Ursachen der Erweiterung der — 107; die entzündlichen Krankheiten der — und ihre Folgezustände 551.
— Abscess der — 336, 762.
— Auskratzen der — 515.
— Catarrh der — 336.
— Durchleuchtung der — 109.
— Eiterung (Empyem) der — 336, 337, 516, 608, 762; Behandlung der — 337, 338, 339.
— Entzündung der — 336 (acute —), 745 (orbitale Tumoren durch —).

Stirnhöhle, Erkrankungen der — 762.
— Fremdkörper in der — 338 (Kugel).
— Mucocele der — 761.
— Polyp der — 762.
— Retentionscyste der — 516.
— Sondirung der — 338.
— Tuberkulose der — 516.
Stoerk's Kehlkopfblenorrhoe, Sind — und Laryngitis sicca identisch? 723.
Stoffwechselveränderungen nach Schilddrüsenbehandlung 246, 997.
— bei der Serumtherapie der Diphtheritis 837; s. Urin.
Stoffwechselversuch bei Schilddrüsenfütterung 997.
Stomatitis 224, 771; seltene Formen von — mit Hautcomplicationen 224; — und zoonotische Dermatose 402; Behandlung der — 224, 771.
— aphthosa 499 (durch Autointoxication mit Säuren), 579.
— chronica 402 (— mit tödtlichem Ausgang).
— diphtheritische — 294, 474.
— epidemica ulcerosa 579, 967.
— gangränöse — 224.
— herpetiformis 73 (— bei Kindern).
Stottern 367, 868, 662; zur Pathologie des hysterischen — 994; pneumographische Untersuchungen über die Athmung beim — 994; Simulation von — 995.
Stotternde Schüler in Breslau 368.
— in Hamburg 367; die öffentliche Fürsorge für — 662.
Strahl-Douche im Halse 117.
Struma s. Kropf.
Struma pituitaria, Verhalten des Liquor cerebrospinalis bei einer — 460; s. Hypophysistumoren.
Strumitis, Typhöse eitrige — 429; Fall von — 925; infectiöse — 926; s. Thyroiditis.
Subglottischer Tumor, Kleiner — in einem Fall von Kehlkopftuberkulose 266.
Sublingualdrüsen, Acute Entzündung der — 968.
Sublinguale Phlegmone und Abscess 772, 773.
Submaxillärer Mumps 11.
Submaxillardrüse, Contagiöse Schwellung der — 11.
Submaxillargegend, Exstirpation tuberkulöser Lymphdrüsen der — 389; Aneurysma der linken — 390.
Submucöse Stimmbandblutungen 47, 98.
Sulfanilsäure als Palliativmittel bei acuten Catarrhen 157.
Supraglottisches Oedem ohne nachweisbare Ursache 419.
Sykosis der Nasenhöhlen 397 (Behandlung der —).
Symbiose der Syphilis und Tuberkulose im Larynx 56.
Syphilide, Diphtheritische — 507, 520.
Syphilis, Accidentelle Ueberimpfung von — durch einen Schlag auf die Nase 102; Beiträge zur Histologie der Schleimhaut- — 506; bösartige indische — behandelt mit Schilddrüsenextract 667; Fall von nochmaliger Ansteckung von — 703.
Syringomyelie mit Posticuslähmung 658.

T.

Tabak, Wirkungen des — auf Hals und Nase 100, 275.
Tabes mit trophischen Ulcerationen in Nase und Ohr 453; Rachensymptome bei — 524, 525, 705; Klinik und pathologische Anatomie der Kehlkopfstörungen bei — 658; Zungen- und Kehlkopfstörungen bei — 796.
Taubheit, hysterische Aphonie und — 323.
— verursacht durch adenoide Vegetationen 961.
— und ihre Verhütung 962; s. Ohrenleiden.
Taubstumme, Motilitätsstörungen der Stimmorgane bei — 127.
Terpentinöl als Hämostaticum 889.
Tetanie, Spasmus glottidis als Symptom der idiopathischen — 87.
— und Kropf 430.
Tetrajodphenolphthalein 889.
Thoraxwandung, Durchbruch kalter Abscesse der — in die Lungen resp. Bronchien 13.
Thränenbein, die Naht zwischen Sieb bein und — 761.
Thränennasengang, Katheterismus des — von der Nase aus 513.
Thränenpunkte, Blutaustritt aus den — bei Nasenbluten nach Tamponade 400.

Thränenwege, Bedeutung der — beim. nasalen Ursprung von Augenaffectionen 334.
Thymusdrüse, Krankheiten der — 158; Struma bei persistirender — 430; congenitale Lues der — 450; Trockenextract der — 863; Verfütterung von — bei Basedow'scher Krankheit 928; s. Status thymicus.
Thymushyperplasie, Adenia simplex und — 626.
Thymushypertrophie, Bedeutung der — für plötzliche Todesfälle im Kindesalter 159.
Thyreo-arytaenoidei Musc., Lähmung der — 558.
Thyreo-glossal-Cyste geheilt durch Excision 211; s. Ductus thyreoglossus.
Thyreoideae infer. Arter., Beziehungen der Recurrensnerven zu den — 125.
Thyreoidectomie 89, 197, 308, 546, 666, 667, 861; Experimentelles über — 88, 420; Giftigkeit des Urins nach der — 370; Läsion des centralen Nervensystems bei Thieren nach der — 428; Functionsstörungen nach — 731; anatomische Veränderung nach — 732; Einfluss des Neurins auf Hunde nach der — 732; Todesursache der Thiere nach der — 860; — bei Eidechsen 308; — bei Schlangen 925; — bei Ziegen 731; — bei Hunden 732.
— bei Morbus Basedowii 198, 199, 372, 559, 734, 801.
— Partielle — wegen Kropf 602, 800, 861.
— Partielle — wegen Fibrosis der Schilddrüse 750.
Thyreoideus transversus Musc., Ueber einen — 534.
Thyreoidismus und seine Beziehung zur Basedow'schen Krankheit 800.
Thyroiditis, hyperacute — bei Puerperalinfection 429; — acuta simplex 732, 926; postpneumonische — 544, 666; eitrige — mit Pneumokokken 544, 666; infectiöse — 926; acute — nach Influenza 926.
Thyroido-Erethismus 90, 372.
Thyrotomie wegen eines Kehlkopfpolypen 185; — bei Kehlkopfkrebs 267.
Tonsilläre Nephritis 171.
Tonsillar-Reflexe 745, 776.
Tonsille (s. a. Zungentonsille etc.) 829; die Weisheitszähne und die — 21; die — als Eingangspforte für eitererregende Mikroorganismen 169; Betrachtungen über die — 461, 829; neurotrophische Läsion der — 466 (bei multipler Neuritis); die — als Quelle der Infection 829.
— Abscesse der — 21 (chronische —), 465; — s. peritonsilläre Abscesse.
— Carcinom der — 24, 112; Operationsmethoden des — 112.
— Concretionen in der — s. Mandelstein.
— Endotheliom der — 177.
— Epitheliom der — 24.
— Erkrankungen der — 21 (parenchymatöse Injectionen bei —), 171 (Guajacum gegen —), 461 (— rheumatischen Ursprungs), 680 (rheumatische Affectionen infolge von —).
— Geschwülste der — 175 (Symptomatologie der —) 615, 832.
— Hypertrophie der — 22, 172, 636; chirurgische Behandlung der — 172, 467, 468; Abschnürung bei — 173, 468; Galvanopunctur bei 172, 173; Gebrauch der galvanischen Schlinge bei — 22, 830, 831; s. a. Tonsillotomie.
— maligne Erkrankung der — 24, 97.
— Mykose der — 43, 424, 465, 613.
— Papillome der — 23 (multiple —), 832, 930.
— Polyp der — 465 (gestielter —).
— Sarcom der — 24, 98, 175, 176, 465, 563, 678.
— Syphilis der — 832.
— syphilitischer Schanker der —, 23, 175, 465, 831.
— Syphilom der — 465 (primäres —).
— Tuberkulose der — 174, 775 (Beziehung der — zu der der Halslymphdrüsen), 831.
— Verkleinerung der — 23; s. unter Hypertrophie.
Tonsillitis 20; — im Kindesalter 20; Complicationen der acuten — an Pleura u. Lunge 111; — dem Rheumatismus vorhergehend 170, 680; mit Nephritis 171; Kehlkopfoedem bei acuter — 419; — mit Nesselausschlag 776; — mit Erythem 830.
— abscedirende — 289.

Tonsillitis, acute folliculäre — 50, 463 (Aetiologie der —), 170, 500, 635.
— chronische — 21, 171, 288, 636 (durch Bakterium coli).
— lacunaris caseosa (tuberculosa) 174.
— praeepiglottica 500.
— recurrirende — 20, 57, 636.
— Behandlung der — 170, 289 (Abortivbehandlung), 464, 635, 830; mit Guajacol 171, 464, 830.
— Contagiosität der — 170, 830.
— Verhütung der — 635.
Tonsillolithen s. Mandelstein.
Tonsillotom 173, 468, 638, 831.
Tonsillotomie 173, 468, 831; Blutungen nach der — 173, 174 (tödtliche —); Diphtherie im Anschluss an — 529, 584; Dyspnoe nach — 637; s. Tonsille, Hypertrophie der —.
Torticollis nach Entfernung adenoider Vegetationen 284.
— nach Drüsenexstirpation 506.
Trachea 8; das Curettement der — zur Beseitigung diphther. Verstopfung 124.
— Carcinom der — 858 (primäres —).
— Diphtherie der — 911.
— Fremdkörper in der — 301, 484, 485, 795 (vermeintliche —).
— Geschwür in der — 133.
— Naht der — 795 (— nach der Tracheotomie).
— Perforation der — 737 (bei Oesophaguscarcinom).
— Resection der — 599.
— Spontane Ruptur der — 133.
— Stenose der — s. Trachealstenose.
— Tumoren der — 134.
— Ulceration der — 798 (mit Oesophagusperforation).
— syphilitische Ulceration der — 421.
— Verletzung der — beim Selbstmordversuch 130, 483, 730, 920.
Trachealcompression durch Struma 546.
Tracheale Erschütterung bei Aortenaneurysma 306, 730.
Trachealeinspritzungen bei Lungenkrankheiten 54.
Trachealfistel 265, 307, 730; Behandlung der — 207; Heilung einer — 207; — nach der Tracheotomie 486.
Trachealstenose 269, 307 (narbige — bei syphilitisch. Magengeschwür).
— durch Bolzenbehandlung geheilt 307; Beitrag zur Behandlung der — nach der Tracheotomie 379, 486; Dilatation einer — 750; Behandlung der — 1000.
Tracheotom 57.
Tracheotomie 131, 302, 304, 486, 859; neue Methode der — 57; Statistik der — 730; stumpfe Operationsmethode der — 303; spontane Heilung eines Kehlkopfpolypen nach der — 83; Prognose der — 131; Nachbehandlung der — 131, 479, 486; Indication zur — 302, 859; — mit Celluloid-Doppelcanüle 303; — mit 7 Monate langem Liegen der Canüle 303; Decanülement nach — 486; gewisse Folgen nach — 486; — beim Erwachsenen 859; Aphonie nach — 486; — nach zusammengesetzter Methode 795; zweizeitige — 859; Naht der Trachea nach — 795; — unter drängenden Umständen 924.
— bei Croup und Diphtherie 81, 124, 179, 298, 413, 479, 480, 585, 586, 652, 713, 791, 916.
— bei Durchschneidung des Halses 130.
— bei Larynxphthise 245.
— wegen suffocativer Struma 88, 602.
Tracheotomiecanüle, Tod durch Hinuntergleiten einer — in den Bronchus 729.
Tracheotomirte, Zur Frage der Retention der Secrete bei — 303.
Trauma, Rolle des — bei der Deformation der Nasenscheidewand 43.
Trophoneurosen im Zusammenhang mit der Schilddrüse 200.
Tuberkulosenbehandlung, Statistik 388.
Tuberkelbacillen und die Diagnose der Tuberkulose der Luftwege 12; Wirkung von Kreosot auf die Virulenz der — 689.
— in der Nasenhöhle Gesunder 213, 393.
Tumor s. bei den einzelnen Organen.
Typhöse Larynxerkrankungen 34, 86 (Larynxstenose), 129, 657 (Lähmung), 240, 417 (Pathogenese der —) 723.
Typhöse Lokalisationen des Pharynx 704.
Typhöse Strumitis 429.

Typhus, Larynxödem als Complication eines ambulatorischen — 34; Cancrum oris bei — 225, 401.
— complicirt mit Diphtherie 529; Perichondritis des Kehlkopfs nach — 596; Kehlkopfstenose beim — 615, 968; Nekrose des Kiefers im Verlaufe von — 701; einige Fälle von virulentem — mit Infection durch die Athemwege 881.

U.

Umbildung gutartiger Kehlkopfgeschwülste in bösartige, Beitrag zur Frage der — 83, 185, 186, 426.
Umbildung einer gutartigen Gaumengeschwulst in ein Sarcom 262.
Unterkiefer, Actinomykose des — 168; Nekrose des — 517; Resection des — 702; Luxation des — 899: (während eines epileptischen Anfalls); melanotisches Sarcom des — 900.
Unterlippe, die späte Naht der — der — 110; Carbunkel der — 110; Schanker der — 517; Ersatz der — nach Excision wegen Krebs 898.
Unzeitige Frucht mit Nackencysten 12.
Uranostaphyloplastik 834.
Urin, der — in Fällen von Myxoedem nach Schilddrüsenbehandlung 137: 201; Veränderungen des — bei Keuchhusten 359; Giftigkeit des — nach der Thyroidectomie 370.
Uvula, getheilte oder doppelte — 969; Galvanokaustik bei Abtragung der — 260.
— Carcinom der — 969 (primäres).
— chronisches Oedem der — 20.
— neurotrophische Läsion der — 466 (bei multipler Neuritis).
— Papillom der — 92, 94.
— Syphilis der — 703.
— Vollständige Abtragung der — 703.
Uvulotom 581.

V.

Vaccination bei Keuchhusten 85, 729.
Vagus-Nerven, Lähmung der — 364 (mit Lähmung der rechten Portio dura); Kerne und Wurzeln der — 796.
Varicöse Venen an der l. Plica aryepiglottica und im Sin. pyriformis 855.
— des Oesophagus s. Oesophagus, Varicen des —.
Varix turbinalis 698, 879; s. Nasenmuschel.
Vasomotorische Ataxie 274.
Verdauungskanal, Einfluss der Nasenkrankheiten auf den — 70, 71.
Versammlungsberichte s. Inhaltsverzeichniss S. V.
Vertigo laryngea 86, 255, 991.
Vibrationsmassage der oberen Luftwege 52.
— der Nasenschleimhaut 220, 221, 628, 759, 895.
Vomer, Exostose und Nekrose des — 105; Exostose und Ecchondrom des — 514.
Vorlesung über Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten, Einleitungsvortrag zur — 449.

W.

Wandtafeln für den laryngo-rhinologischen Unterricht 503, 869.
Wange s. a. Backe; Actinomykose der — 168; Carcinom der — 899.
Wangenschleimhaut, Follikelentzündung an der — 115; harter Schanker der — 167.
Weisheitszähne und Mandeln 21.
White's Patent-Kauer 626.
Wiederkäuen, Mechanismus des — 62.
Worttaubheit 663.
Wrisberg'sche Knorpel, Herkunft der — 238; über den Namen der — 609, 791.

X.

Xanthome der Zunge 93.
Xerostomie 74 (mit Trockenheit der Nase und Augen), 401, 771, 817 (mit Parotitis).

Z.

Zäpfchen s. Uvula.
Zahn, Abscess des Nasenganges ausgehend vom — 14; Einwirkung der gebräuchlichsten Mundwässer auf die Substanz des — 287; Caries des — 287; Implantation eines — in der Nasenhöhle 572, 573, 960; Angina Ludovici vom — ausgehend 899, 956.

Zahnaffectionen, Zusammenhang von — und Halsaffectionen 577; Prophylactica gegen — 770.
Zahnfleisch, Entzündung des — s. Gingivitis.
Zahnhaltige Cysten 900.
Zahnschmerzen, acute letale Cellulitis facio-cervicalis nach — 899.
Zahnstein, Bildung von — bei Mundathmung 770.
Zimmtöl bei Nasenaffectionen 827.
Zunder-Halslampe 101.
Zunge, Phylogenese der — 227; Hyperkeratosis der Papillae filiformes der — 404; die Nervenendigungen in der — des Frosches 580; zweifelhaftes Leiden der — 620; Geschmacksknospen in der — des Kaninchens 772; Störungen der — bei Tabes 796; Grippe-Zunge 76, 773.
— schwarze — 76, 227, 404 (Aetiologie der —).
— weisse — 772 (nach Wasserstoffsuperoxyd).
— Abscess der — 405, 580 (kalter —).
— Adenom der — 611.
— Atrophie der — 616 (— und Lähmung) 774.
— Carcinom der — 228, 900 (operative Heilung des —) 406, 581, 775.
— Entzündung der — s. Glossitis.
— Entzündung unterhalb der — 76; s. sublinguale Phlegmone.
— Epitheliom der — 228, 406, 775.
— Exstirpation der — 229, 230 (neue Methode der —), 406 (— unter Cocain), 407, 581; 775 (Patient 30 Jahre nach der —); 775 (das erste Hundert von —); s. a. Totalexstirpation.
— Hemiatrophie der — 774.
— Hypertrophie der — s. Makroglossie.
— Induration der — 115 (— bei Mykosis des Gaumens).
— Lähmung der — 616 (— mit Atrophie).
— Leukokeratose der — 773.
— Lipom der — 227.
— Lymphangiom der — 580.
Zunge, Mykose der — 78.
— Naevus lympathicus der — 78.
— Papillome der — 23 (multiple —) 405.
— Polyp der — 228.
— Psoriasis der — 78.
— Sarcom der — 406.
— Scirrhus der — 774 (atrophischer —).
— Syphilis der — 39 (intravenöse Sublimatinjectionen bei —) 78; (secundäre —) 346, 404, 773 (— durch Calomelinjectionen geheilt).
— syphilitische Gummata der — 77, 769 (multiple —).
— syphiloide Veränderungen der — 73.
— Totalexstirpation der — 229, 230 (Geschmacks-, Sprach- etc. Störungen nach —) 581.
— Tuberkulose der — 77 (tiefe gummöse —) 405, 580.
— Ulceration der — 77; tuberkulöse — 77, 580.
— Xanthome der — 93.
Zungenbändchen, Soll man das — lösen? 772.
Zungenbasis, Struma accessoria an der — 545.
— Atrophie der — 774 (Verhältniss der — zur Syphilis).
— Carcinom der — 24.
— Entzündung der — 76.
— Fibrosarcom der — 78.
— Polyp der — 228.
Zungenbein, Dislocation des — 33; Fractur des — 299, 581.
Zungenherabdrücker 230.
Zungenpapillenentzündung 168, 404.
Zungenrandentzündung, Erythematöse — 405; s. a. Glossitis.
Zungentonsille, entzündliche Erkrankungen der — 24, 231, 404; Blutungen der — 47.
— Abscesse der — 743.
— Aplasie der — 404.
— Hypertrophie der — 231, 404, 580; Ohnmachtsanfälle infolge von — 231.
Zungenwurzel s. Zungenbasis.

Gedruckt bei L. Schumacher in Berlin.